Wagner Luiz Garcia Teodoro

Wagner Luiz Garcia Teodoro

DEPRESSÃO

Corpo, Mente e Alma

Uberlândia
2010

Revisão
Ivalda de Fátima Oliveira

Ilustrações
Fernando Duarte

3ª Edição
2010

Depressão: corpo, mente e alma / Wagner Luiz Garcia Teodoro; Uberlândia –MG: 2009.

1. Depressão. 2. Reforma interior
I. Teodoro, Wagner Luiz Garcia.

ISBN: 978-85-61353-01-8

DEDICATÓRIA

É com grande alegria que dedico este livro:

- a todos aqueles que trazem o coração angustiado e buscam alívio e paz;

- aos meus pacientes, que me permitiram aprender no universo de suas dores e esperanças;

- à minha esposa, meus filhos e meus pais;

- aos amigos de inestimável valor, que se fizeram exemplos de perseverança, alegria, companheirismo e consciência;

- à todos aqueles que contribuíram para a concretização deste trabalho;

- àqueles que, com os olhos inundados de amor, fazem-se presentes no íntimo de cada Ser, respeitando, acolhendo e fazendo pulsar a vida;

- a Deus, por senti-Lo sempre comigo e por ter me concedido a oportunidade de ser útil.

SUMÁRIO

PREFÁCIO

Hoje em dia, a depressão mostra-se como um dos grandes males que afetam a humanidade. Comumente, todos nós conhecemos alguém que vive ou já viveu dificuldades em relação a esta oscilação de humor. Tendo isso em vista, a presente obra possui grande importância para os leitores, apresentando vários olhares em torno dessa doença, que é instigante e causadora de grande polêmica acerca de suas causas e tratamentos.

A clareza dos textos que compõem este livro facilita a compreensão e interpretação dos três aspectos propostos pelo autor no desenvolvimento de suas idéias. Ora apresenta a depressão sob o olhar psicológico, enfatizando as várias nuances das psicoterapias, ora discorre sobre a importância das questões orgânicas no estabelecimento desse transtorno e por último, chama a atenção dos leitores para os aspectos espirituais que colaboram para o desencadeamento do quadro depressivo. Dessa maneira, este pequeno manual, como é chamado pelo autor, tem a pretensão de ajudar no entendimento dos múltiplos determinantes da depressão, como também dos variados recursos terapêuticos existentes.

Quando se escreve ou se utiliza a comunicação oral para abordar determinada situação que se conhece por tê-la vivenciado, as palavras adquirem um significado muito mais consistente. Este é o caso de Wagner Luiz. Psicólogo e educador, é uma pessoa que tem feito uma caminhada bonita e, por vezes, perpassou pelos caminhos sobre os quais agora discorre. Tanto na prática clínica como em suas palestras e nos grupos de professores que coordena, procura orientar, esclarecer e oferecer recursos para que se possa enxergar e

combater a depressão de forma ampla e eficaz. Sua bagagem aumenta à medida que aprofunda seus estudos e busca formas complementares de atuação.

Apesar de o tema *depressão* ser muito comentado, a visão abrangente, aqui apresentada, lança luz sobre esse mal que vem se alastrando pelo mundo. Aliás, o objetivo desta singela, porém profunda obra, é justamente proporcionar aos leitores maior compreensão deste estado d’alma que tanto tem afetado a sociedade contemporânea, carente de contato com as questões espirituais, além de oferecer caminhos que favoreçam a recuperação da saúde emocional e ressaltar as diversificadas maneiras de se realizar um trabalho de prevenção do transtorno depressivo.

Márcia H. F. Moyzés
Psicóloga e Psicoterapeuta Corporal

INTRODUÇÃO

Com grande expressividade no cenário mundial, a depressão tem apresentado índices alarmantes nos últimos tempos. Já chamada de "o mal do século", deve atingir entre 15% e 20% da população mundial, no mínimo uma vez na vida. De acordo com a OMS (Organização Mundial de Saúde), até o ano de 2020, tende a ocupar o 2º lugar entre as causas de ônus gerados por doenças degenerativas e mortes prematuras.

Diante de um problema de tamanha seriedade, esta obra foi elaborada com o propósito de servir como um pequeno manual para aqueles que queiram compreender melhor os mecanismos da depressão. Pessoas que estejam buscando formas de auto-ajuda, familiares de deprimidos, espiritualistas, profissionais e estudantes envolvidos com a saúde física e mental, palestrantes de temas motivacionais, entre outros, encontrarão aqui importantes informações colocadas de maneira simples e objetiva. Trata-se de um estudo sobre os sintomas, as possíveis causas, os tratamentos disponíveis e as maneiras de se prevenir essa doença. De forma séria, abrangente e livre de preconceitos, o Transtorno Depressivo é aqui abordado com foco nos aspectos orgânico, psicológico e espiritual, possibilitando ao leitor compreender a participação do corpo, da mente e da alma nos processos de adoecimento e recuperação.

Muito tem se pesquisado sobre esse transtorno de humor que leva milhões de pessoas a perderem o interesse pela vida. O século XX trouxe grandes contribuições ligadas a intervenções psicoterápicas e farmacológicas, além de outras técnicas desenvolvidas com base nos conhecimentos de

neurofisiologia e neuroanatomia. Atualmente, os avanços em neurociência têm possibilitado compreender melhor a relação mente-cérebro e criar técnicas de intervenção mais eficientes. Entretanto, muito ainda se tem por conhecer a respeito desse tema que desafia médicos e psicólogos e traz grandes prejuízos pessoais e sociais.

Desde a década de 90, a medicina e a psicologia vêm consolidando o uso associado de recursos farmacológicos e psicoterápicos no tratamento dos quadros depressivos, apoiando a idéia da interferência mútua entre fatores psíquicos e fisiológicos no surgimento dessa patologia.

Apesar desse reconhecido avanço no campo terapêutico, o elemento espiritual é ainda pouco considerado pelos profissionais da área de saúde. Provavelmente por adentrar o campo religioso, muitos dizem que a realidade espiritual é uma questão de fé e não de ciência. Entretanto, há mais de 150 anos, as manifestações dos espíritos vêm sendo investigadas, comprovadas e relatadas por inúmeros pesquisadores de grande respeitabilidade no meio científico. As informações obtidas através desses estudos e de diversas obras psicografadas (ditadas por pessoas desencarnadas) sugerem que o espírito, Ser imortal que habita o corpo e governa a mente, tem participação fundamental na construção dos processos depressivos, exercendo influência sobre a constituição orgânica e a estruturação psicológica, de acordo com o nível de evolução moral e intelectual em que cada pessoa se encontra. Atualmente, alguns grupos ligados à área acadêmica têm se organizado em torno das questões espirituais. Instituições de ensino superior vêm aos poucos conseguindo incluir tal abordagem nos cursos de psicologia e medicina. Colaboram nesse âmbito, os adeptos da Psicologia Transpessoal e a Associação Médico-Espírita do Brasil.

Fazendo um panorama sobre o tema “Depressão”, a presente obra está didaticamente dividida em oito capítulos: o primeiro busca definir o que é depressão, bem como descrever os sintomas mais comuns; o segundo oferece uma visão histórica sobre o desenvolvimento do conhecimento científico sobre o assunto; o terceiro cita dados estatísticos relacionados com a população mundial; o quarto apresenta os contextos nos quais o desencadeamento dessa doença é mais freqüentemente observado; o quinto aborda as possíveis causas psicológicas, orgânicas e espirituais; o sexto faz referência às intervenções médicas e psicoterápicas, assim como a vários recursos terapêuticos complementares ligados às questões energéticas, espirituais e de comportamento; o sétimo traz uma visão sucinta e objetiva do processo de cura; o oitavo e último capítulo é composto por reflexões sobre importantes temas ligados à depressão, englobando dicas de auto-ajuda.

Este trabalho foi produzido a partir de minha prática clínica, pesquisas bibliográficas e de enriquecedoras vivências no campo da depressão. Experiências difíceis, estas últimas, mas que puderam ser sentidas, pensadas, transformadas em exercício de fé, perseverança, esforço pessoal e auto-conhecimento, resultando em expansão de consciência, auto-superação e no desejo sincero de ajudar outras pessoas a perceberem que a vida pode ser vista com cores mais vibrantes quando cuidamos do corpo, da mente e da alma.

Espero que cada leitor possa concluir este estudo com algo a mais dentro de si e com um olhar mais consciente e amoroso sobre o ser humano, suas dores e seus potenciais.

Wagner Luiz

CAPÍTULO I

O QUE É DEPRESSÃO

DEFINIÇÃO

Depressão é um transtorno mental, causado por uma complexa interação entre fatores orgânicos, psicológicos, ambientais e espirituais, caracterizado por angústia, rebaixamento do humor e pela perda de interesse, prazer e energia diante da vida.

Genes, hormônios, neurotransmissores, nutrientes celulares, substâncias químicas, auto-estima, pensamentos, personalidade, crenças, reações emocionais, conflitos inconscientes, fatores sócio-culturais e ambientais, situações cármicas e vinculações espirituais formam uma imensa rede de intercomunicações, dando forma ao quadro depressivo.

A FALTA DE INFORMAÇÃO

O ser humano, embora tenha feito importantes conquistas, ao longo dos tempos, no campo científico, ainda encontra dificuldades em compreender os processos psíquicos e seus reflexos emocionais. Privilegiando um olhar para fora de si e evitando adentrar seu fascinante, porém assustador mundo interno, segue buscando explicações simplistas de origem externa para suas dores emocionais. Aprendiz no campo das emoções, muitas vezes não percebe o quanto elas

influenciam sua percepção em relação ao mundo, à vida e a si mesmo.

Assim sendo, é comum observar pessoas fazendo julgamentos sobre a vida alheia, criticando, acusando, avaliando e condenando comportamentos que normalmente não têm uma base simples.

A falta de autoconhecimento e de conhecimento científico favorece atitudes preconceituosas que são percebidas também em relação aos deprimidos. O desânimo, o isolamento e o desinteresse por questões importantes como família, emprego e saúde, sem uma explicação clara e objetiva, fazem com que a pessoa com depressão seja vista como “preguiçosa”, “acomodada”, como alguém cheio de “frescuras” ou que “não tem o que fazer”. Aqueles que pensam dessa forma, desconhecem a força que esse transtorno pode exercer sobre o ser humano, trazendo-lhe a sensação de desamparo e descrença diante da vida.

A depressão é um enorme "*buraco*" e sua escalada não é nada animadora quando vista lá do fundo. Na maioria das vezes, o restabelecimento do equilíbrio emocional depende do apoio familiar e de ajuda profissional.

Em muitos casos não tratados, existe uma melhora aparente, revelando euforia, entusiasmo e elevação exagerada da auto-estima, sendo que algum tempo depois a crise depressiva reaparece. Esse estado que se opõe à depressão é denominado *mania* e oferece uma falsa impressão de que o problema foi resolvido.

TRISTEZA x DEPRESSÃO

A tristeza e a depressão guardam alguma semelhança no que diz respeito aos sintomas. A sensação de desamparo, a falta de entusiasmo e o sentimento de impotência diante da vida parecem sugerir o mesmo quadro. No entanto, vale ressaltar que existem importantes diferenças entre essas duas situações como é o caso da intensidade, da duração e da consciência das causas envolvidas.

Tristeza é uma reação emocional normal às inúmeras situações frustrantes que a vida nos coloca. Ser demitido do emprego, não passar numa seleção, acompanhar o sofrimento de um parente ou mesmo perdê-lo, são situações que podem fazer uma pessoa se entristecer. Porém, é comum que ela retorne às suas atividades após um período relativamente curto de elaboração e adaptação diante do fato vivido, restaurando a confiança e o entusiasmo pela vida. Este período não costuma exceder 6 a 8 semanas e, normalmente, não é tratado por intervenções médicas ou psicoterápicas.

Nessa situação, quase sempre a pessoa tem consciência dos motivos que causaram seu sofrimento.

Já a *depressão* apresenta maior intensidade, revelando angústia, auto-desvalorização e desmotivação, que podem se prolongar por meses ou anos, comprometendo a vida pessoal, social, profissional e familiar do deprimido. As verdadeiras causas da depressão nem sempre são percebidas pelo doente e pelas pessoas com quem convive, por estarem carregadas de conteúdos inconscientes e processos psicológicos e orgânicos complexos. Essa situação, freqüentemente, requer apoio profissional especializado de médicos e psicólogos.

SINTOMAS

A avaliação clínica do deprimido oferece uma gama de possibilidades sintomáticas e de alterações fisiológicas. Os aspectos abordados neste tópico ressaltam características psicológicas e alterações fisiológicas que são freqüentemente observadas nos quadros depressivos.

Os sintomas que compõem o quadro depressivo afetam diversas áreas da vida do paciente, comprometendo suas atividades pessoais e sociais. Podemos agrupar esses sintomas em 5 áreas distintas: humor, cognição ou pensamento, aspectos somáticos, expressão corporal e vida social.

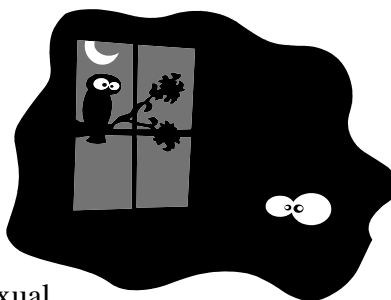
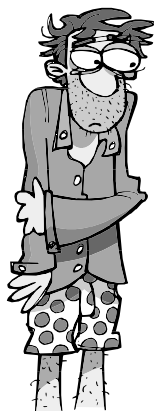
a) *Sintomas relacionados com o humor*:

- tristeza
- emotividade
- angústia
- irritabilidade
- ansiedade
- anedonia
- desmotivação

b) *Sintomas cognitivos*:

- baixo rendimento intelectual
- falta de Fé (em si, em Deus, na vida, nas pessoas e nos tratamentos)
- sentimento de abandono e/ou rejeição
- assuntos constantes sobre morte
- sentimento de inferioridade
- falta de sentido na vida
- baixa auto-estima
- auto-imagem negativa
- pessimismo
- desvalorização da vida
- sentimento de culpa
- idéias de suicídio

c) *Sintomas somáticos*:

- hipersonia
- insônia
- perda de apetite
- aumento de apetite
- diminuição da libido
- redução do interesse sexual
- baixa no sistema imunológico

d) *Expressão corporal*:

- cabeça baixa
- peito embutido
- coluna curvada
- dificuldade em olhar as pessoas nos olhos
- olhar desvitalizado
- despreocupação com a higiene pessoal
- despreocupação com a aparência
- respiração superficial
- movimentos lentos e contidos

e) *Vida social*:

- isolamento
- desinteresse pelos estudos
- desinteresse pelo trabalho

QUANDO BUSCAR AJUDA PROFISSIONAL

Sabe-se que ninguém passa pela vida sem experimentar momentos de tristeza. Entende-se, também, que isso é inerente à natureza humana, visto que as frustrações são inevitáveis.

O problema surge quando a tristeza se torna intensa e prolongada, prejudicando a vida pessoal, social, profissional e familiar. Nos casos mais brandos, como na depressão leve, a pessoa ainda consegue buscar ajuda ou alguém com quem possa compartilhar seu sofrimento. Normalmente recorre a amigos, líderes religiosos, médicos ligados à família, entre outros. Muitas vezes, a manifestação branda e prolongada, que caracteriza a *distimia*, é entendida apenas como tristeza, o que faz com que a pessoa passe meses ou mesmo anos sem receber o devido diagnóstico e o tratamento adequado.

Uma outra situação, bem mais preocupante, surge quando a reação depressiva leva a pessoa a isolar-se, apresentando um estado de indiferença, abandonando as atividades sociais e profissionais, além de desenvolver idéias suicidas. Essa situação compromete a higiene, a aparência, a saúde e a própria vida do deprimido. Acontece que quando este chega ao "fundo do poço", normalmente não encontra energia e esperança suficientes que o façam buscar ajuda. Cabe então à família e aos amigos, tomarem a iniciativa de cuidar da integridade física e mental do deprimido, buscando apoio médico e psicológico. Com freqüência, é necessário acompanhar e estimular o cumprimento das prescrições médicas até que recupere a condição de cuidar-se.

Melhor é que não se espere chegar a um ponto tão sério para procurar auxílio profissional. O ideal seria que ao sentir-se desmotivada e com uma tristeza intensa e sem causa

aparente, a pessoa já procurasse uma orientação médica e/ou psicológica, evitando assim o agravamento do quadro.

A RESISTÊNCIA DO DEPRIMIDO AO TRATAMENTO

Uma das tarefas mais difíceis no campo da saúde física e mental é ajudar quem não quer ajuda. A resistência do deprimido em aceitar auxílio familiar ou profissional pode ter diversos motivos. A pessoa pode recusar ajuda por não se reconhecer como doente, ter medo de assumir a própria fragilidade diante de outras pessoas e prejudicar a sua imagem no convívio social (trabalho, escola, família, amigos, ...), experimentar um sentimento de desistência diante da vida ou por falta de informação sobre a doença.

Há ainda outra situação, na qual a pessoa deprimida se isola ou não se abre quando questionada sobre sua tristeza.

Esse silêncio pode ser uma forma de agressão aos familiares, deixando-os angustiados e sem saber o que fazer, ou uma maneira de dizer que não acredita que alguém possa compreender seu sofrimento.

Observa-se que o vínculo de confiança entre o enfermo e quem tenta ajudá-lo é de fundamental importância para vencer a resistência, fazendo com que aquele se sinta acolhido, amado, respeitado e compreendido. Há situações em que o deprimido não aceita ajuda e apresenta forte tendência ao suicídio, percebida pelo olhar vago e desvitalizado, acompanhado de certa indiferença pela vida e pela freqüência de assuntos relacionados à morte. Em casos assim, principalmente quando já existe um histórico de tentativas de auto-extermínio, deve-se considerar a necessidade de internação, ainda que contra a vontade do deprimido, para que a medicação ajude a modificar o ambiente psíquico e estimule a pessoa a continuar lutando e se tratando.

ALGUMAS ESTRATÉGIAS EM FAVOR DA BUSCA DE TRATAMENTO:

- Dizer ao deprimido que o tem percebido diferente, mais triste.

- Levar a pessoa a se perceber (aparência, atitudes, ...).

- Mostrar os prejuízos pessoais causados pela situação.

- Escutar a queixa da pessoa deprimida, evitando fazer comentários que banalizem seu sofrimento.

- Oferecer companhia na ida a uma consulta.

•Não demonstrar excessiva compaixão pela dor da pessoa enferma. Essa atitude reforça a idéia de que realmente está muito mal e que tudo na vida é difícil. Respeite seu sofrimento, mas faça com que sinta que você tem energia suficiente para ajudá-la e que acredita em sua capacidade de reação.

•É comum o deprimido não aceitar conselhos de familiares. Pode ser que a interferência de um amigo tenha mais efeito.

•É bom lembrar que pressionar demais pode causar o efeito contrário e que a paciência e a tolerância podem produzir uma indispensável relação de confiança.

•Nos casos mais graves, ou em situações nas quais não se consiga a colaboração por parte do deprimido, é aconselhável que algum familiar ou amigo busque orientação profissional, com o intuito de compreender a problemática, saber qual a melhor postura a ser adotada e que cuidados devem ser tomados, principalmente em relação ao risco de suicídio.

CAPÍTULO II

A DEPRESSÃO NA HISTÓRIA

A FASE PRÉ-CIENTÍFICA

A depressão é uma das doenças mais preocupantes da atualidade, porém há registros de personagens bíblicos como Jó e o Rei Saul, apresentando sintomas de depressão, tendo este último cometido suicídio e o primeiro sido exemplo de paciência, fé e perseverança.

Apesar de a depressão ter sido foco de muitos estudos nos séculos XIX e XX, historicamente a atenção dada a essa enfermidade remonta a vários séculos antes de Cristo.

Na Grécia antiga o estado melancólico era atribuído a castigos impostos pelos deuses em função de comportamentos incorretos.

Hipócrates (460-377 a.C.), o pai da medicina, foi o primeiro a considerar os comportamentos anormais com causas naturais, ao invés de sobrenaturais como ocorria até então.

No século II a.C., Galeno acreditava que o comportamento era influenciado pelo desequilíbrio de quatro líquidos presentes no corpo: *bílis negra, bílis amarela, fleuma e sangue*. Afirmava que o elevado nível de bílis negra levaria à melancolia, o aumento de bílis amarela seria responsável pela ansiedade, assim como o excesso de fleuma estaria associado ao temperamento preguiçoso e o de sangue às oscilações rápidas de humor. Com esse entendimento, no intuito de eliminar o excesso de bílis negra, o tratamento do paciente melancólico era feito com sangria, laxativos e vomitórios, o que levava muitos pacientes à morte por desidratação.

No século I da era Cristã, o médico grego Areteu da Capadócia teve marcante participação no entendimento dos quadros depressivos. Foi ele o autor dos principais textos que

trouxeram à atualidade a idéia de uma unidade da doença maníaco-depressiva, apontando a mania como resultado do agravamento do quadro de melancolia.

Na Idade Média (500 – 1500 da era cristã), a forte influência religiosa na Europa fez com que as abordagens naturalistas fossem abandonadas e ressurgissem antigas crenças sobre a possessão demoníaca e o uso de tratamentos exorcistas para os transtornos mentais.

Por volta do século XIII, a Igreja católica passa a considerar a melancolia como um pecado, revelando uma fraqueza moral diante das vicissitudes da vida.

Durante o período da escravidão no Brasil, os negros, na condição de isolados de suas pátrias e famílias e privados de sua liberdade, eram acometidos por uma intensa e mortal nostalgia denominada "banzo". Certamente, experimentavam depressão.

No século XVII, época em que a palavra "depressão" passa a ser utilizada pela literatura inglesa, o filósofo francês René Descartes (1596-1659) reiterou a idéia da cisão entre a mente (alma, espírito) e o corpo, já lançada pelo filósofo Platão (427-347 a.C.). Descartes afirmava que após a morte do corpo, este se torna apenas uma máquina. Apesar da primeira dissecação humana ter sido registrada pelo filósofo grego Herófilo e pelo anatomista Erasístratro, considerado pai da fisiologia, aproximadamente 250 anos antes da era cristã, a afirmação de Descartes favoreceu a ampliação dos estudos sobre anatomia humana, escassos nos séculos anteriores, uma vez que a Igreja considerava o corpo como algo sagrado por ser a sede da alma. Desta maneira, a tese de Galeno foi sendo substituída pela compreensão de que o cérebro seria o responsável pelas perturbações do humor.

A DEPRESSÃO NO SÉCULO XX

No final do século XIX, o psiquiatra alemão Emil Kraepelin ofereceu importantes contribuições ao conhecimento das enfermidades psíquicas. Entre elas está a divisão dos quadros psicóticos em dois grandes grupos: demência precoce e insanidade maníaco-depressiva. Os estudos de Kraepelin formaram a base das modernas classificações dos transtornos mentais.

Já no campo da subjetividade, em 1917, Sigmund Freud, pai da psicanálise, publica "*Luto e Melancolia*", destacando a existência de aspectos inconscientes, vinculados ao sentimento de perda na gênese da melancolia.

Na década de 30 surge a terapia eletroconvulsiva, baseada na crença de que a indução do estado convulsivo poderia tratar doenças mentais, uma vez que pacientes portadores destes transtornos e também epiléticos apresentavam melhora no quadro psiquiátrico durante algum tempo após as crises de convulsão. A indução era feita a princípio com o uso de agentes farmacológicos e, posteriormente, foi introduzido o uso do eletrochoque.

Em 1936, o filósofo inglês Henry Dale recebeu o Prêmio Nobel por seus estudos sobre a transmissão dos impulsos nervosos.

Por volta dos anos 50, surgem os primeiros fármacos anti-depressivos. Na busca de anti-histamínicos que não provocassem sedação, a indústria farmacêutica descobriu a imipramina (Trofanil). Observou-se que os deprimidos que tomavam esse medicamento para o combate de processos alérgicos ou inflamatórios apresentavam melhora no humor. Esse remédio e outros semelhantes foram denominados *tricíclicos*, em função de sua estrutura química.

Posteriormente, na tentativa de se encontrarem fármacos para o tratamento da tuberculose, descobriu-se que a iprozianida melhorava o humor de tuberculosos deprimidos. Surgiam, assim, os inibidores da ação da enzima monoaminoxidase (*IMAO*). Estas duas classes de medicamentos descobertos na década de 50 ficaram conhecidas como a "primeira geração de antidepressivos". Essas primeiras drogas utilizadas no tratamento da depressão tinham a desvantagem de produzir fortes e incômodos efeitos colaterais.

Em 1960, o neuroquímico norte-americano Julius Axelrod também recebe o Prêmio Nobel pela descoberta das substâncias que possibilitam a transmissão dos impulsos nervosos (neurotransmissores). Esse fato favoreceu o avanço em relação aos medicamentos anti-depressivos.

Ainda na década de 60, aumentaram as contribuições da psicologia com a prática das psicoterapias cognitivo-comportamental e transpessoal.

Em 1970, médicos norte-americanos começaram a usar o Lítio como agente estabilizador do humor, sendo mais utilizado nos casos de *mania*.

A década de 80 foi marcada pelo uso da "terapia da luz" no tratamento da depressão, em função do seu aspecto sazonal (em países de maior latitude, a depressão apresenta maiores índices no inverno, sendo possivelmente influenciada pela baixa luminosidade).

Ainda na década de 80, surge a "segunda geração de antidepressivos", oferecendo maior segurança ao tratamento e efeitos colaterais mais suportáveis para o paciente. Trata-se dos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (*ISRS*).

Somente na década de 90, consolida-se o entendimento acerca dos benefícios obtidos na combinação entre recursos farmacológicos e psicoterápicos no tratamento da depressão.

Em 1992, a CID 10 (Classificação Internacional das Doenças), em seu capítulo V (Transtornos Mentais e de Comportamento), descreveu a depressão como um Transtorno de Humor. De acordo com essa recente classificação, a depressão pode se apresentar numa forma unipolar, com variações entre leve, moderada e grave, ou revelar uma alternância entre episódios maníacos e depressivos, compondo o "*Transtorno Bipolar".*

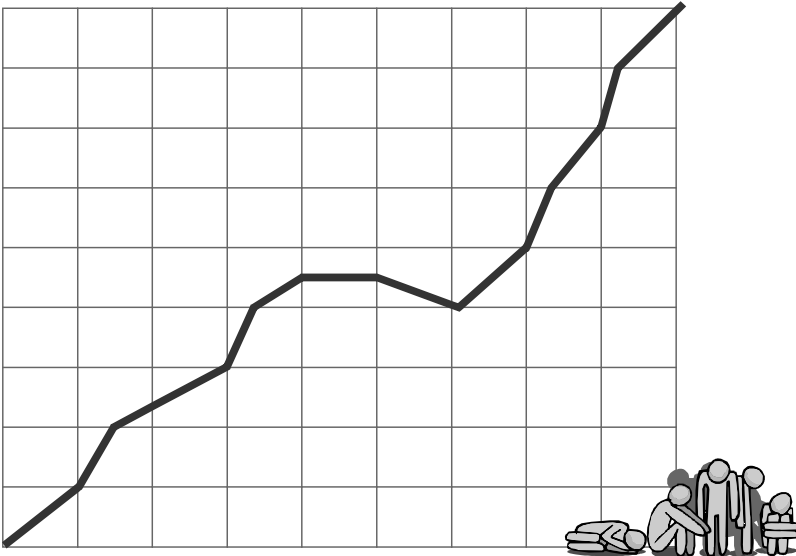
O INÍCIO DO SÉCULO XXI

O início do século XXI, em decorrência da década de 90, considerada a "década do cérebro", tem sido marcado por inúmeras pesquisas no campo das neurociências. Recursos de imagem como a *Tomografia por Emissão de Pósitrons* (PET) e a *Espectroscopia por Ressonância Magnética* têm possibilitado novos entendimentos sobre o funcionamento das diversas estruturas que compõem o cérebro e que parecem estar envolvidas nos transtornos de humor.

Novos segmentos acadêmicos têm proporcionado maior integração entre as áreas médica e psicológica. Como exemplo, podemos citar a *psicobiologia*, a *neurociência clínica*, e a *neuropsicologia*.

É possível que tais contribuições, aliadas aos diversos recursos psicoterapêuticos já existentes e aos avanços da psicofarmacologia, resultem numa melhor compreensão dos transtornos depressivos, no aperfeiçoamento das práticas psicoterápicas e na produção de fármacos de ação seletiva e com menos efeitos colaterais.

CAPÍTULO III

DADOS DEMOGRÁFICOS

ÍNDICES DA POPULAÇÃO MUNDIAL

De acordo com dados da OMS (Organização Mundial de Saúde) divulgados em 2001, a depressão ocupa na atualidade o 4º lugar entre as causas de ônus em doenças degenerativas e mortes prematuras. As informações divulgadas revelam que os índices da doença são crescentes, tendo aumentado 60% nos últimos quarenta e cinco anos e até o ano de 2020 a depressão deverá ocupar o 2º lugar na referida classificação, perdendo apenas para as doenças cardíacas.

Apesar de a depressão poder se manifestar em qualquer fase da vida (de bebês a idosos), as estatísticas revelam que o primeiro episódio depressivo ocorre com mais freqüência entre os 25 e os 44 anos de idade.

Atualmente, segundo a OMS, mais de 120 milhões de pessoas sofrem com a depressão em todo o mundo. Embora existam algumas variações nos dados veiculados, estima-se que 15% a 20% da população mundial passará por pelo menos um episódio depressivo ao longo da vida.

Outro dado importante é que a depressão atinge mais as mulheres do que os homens, numa proporção aproximada de 2:1, oferecendo um risco em torno de 10% para as mulheres e 5% para os homens de desenvolverem a depressão. Suspeita-se que tal diferença tenha fundamento em aspectos fisiológicos, podendo também estar ligada às conseqüências do papel social desempenhado por cada gênero e pela maior sensibilidade emocional das mulheres.

ÍNDICES DE RECORRÊNCIA

Estudos revelam que quanto maior o número de episódios depressivos que a pessoa já teve, maior é a chance de recorrência, ou seja, apresentar novamente o quadro clínico. A probabilidade de uma pessoa que já teve depressão apresentar o segundo episódio é de 35%, o terceiro é de 65% e o quarto episódio tem 90% de chance de acontecer.

PESSOAS COM MAIOR RISCO

Entre as pessoas que têm maior probabilidade de vir a desenvolver depressão, estão:

- aquelas que já tiverem episódios depressivos anteriores;
- aquelas que possuem familiares com histórico de depressão;
- aquelas que apresentam dificuldades de relacionamento;
- vítimas de discriminação social;
- doentes;
- mulheres no intervalo de 18 meses após o parto;
- usuários de álcool;
- usuários de drogas;
- portadores de outros transtornos mentais.

ÍNDICES DE SUICÍDIO

Um dos problemas mais sérios que permeiam o transtorno depressivo é o suicídio. Pesquisadores alertam para

o fato de que cerca de 80% dos deprimidos têm ideação suicida, sendo que entre 10% e 15% das pessoas com depressão põem fim à própria vida.

Em relação às diferenças de gênero, as mulheres estão mais propensas a tentar suicídio, mas os homens têm mais "êxito" em suas tentativas. Acredita-se que isso se deve provavelmente ao fato de os homens usarem, na maior parte das vezes, métodos mais violentos (armas de fogo, pular de pontes ou edifícios, etc.) do que as mulheres (overdose de medicamentos, cortar os pulsos, etc.).

O suicídio apresenta números mais elevados na faixa etária compreendida entre 15 e 44 anos, com relevância para os momentos de transição de fases (adolescência/fase adulta; meia idade/velhice).

Em relação à velhice, alguns estudos revelam que os índices de suicídio tendem a aumentar com a idade, principalmente entre os homens.

CAPÍTULO IV

CONTEXTOS FREQÜENTES

É importante chamar a atenção para o fato de que nesse capítulo não estamos ressaltando os principais contextos em que se observa a presença de episódios depressivos como se fossem fatores causais, mas sim, considerando que eles possam mobilizar aspectos orgânicos e/ou psicológicos aos quais a pessoa esteja predisposta e que, interagindo entre si, provocam alterações cognitivas e emocionais, desencadeando a formação de quadros de depressão. Desta forma, algumas situações podem provocar alterações neuroquímicas e sentimentos de fracasso, desamparo, humilhação e outros capazes de diminuir a auto-estima.

Nos contextos citados a seguir, apenas uma parcela das pessoas desenvolvem depressão, não sendo correto afirmar, por exemplo, que a infância, a adolescência e o desemprego constituem causas desse transtorno. Portanto, devem-se considerar as situações que se seguem como desencadeadoras de episódios depressivos em pessoas com maior predisposição, seja por fatores psicológicos ou pela condição orgânica.

É bom lembrar que além dos contextos aqui citados, existem inúmeros outros que envolvem processos individuais ou mesmo coletivos como catástrofes naturais, conflitos sociais e questões culturais.

PÓS-PARTO

O pós-parto é uma das várias situações em que a depressão apresenta números significativos. Embora haja controvérsias sobre a freqüência com que ela se manifesta em mulheres após darem à luz, algumas pesquisas apontam índices em torno de 30% dos casos.

Esse tipo de depressão pode ter uma longa duração, chegando a ultrapassar o período de 1 ano após o parto. Costuma apresentar, além dos sintomas básicos da doença, sentimentos de incapacidade de cuidar (de ser mãe), falta de interesse por si e pelo bebê e, em casos mais graves (com sintomas psicóticos), pode vir acompanhada de idéias suicidas ou até mesmo do desejo de matar o recém-nascido.

Acredita-se que um dos fatores envolvidos na depressão pós-parto seja a alteração das condições hormonais sofridas pela mulher nesse período, entre elas o baixo nível de estrogênio e os distúrbios da tireóide.

Do ponto de vista psicológico, nesse contexto, o surgimento do quadro depressivo pode ser influenciado pelas experiências emocionais vividas pela mãe em sua própria infância e pelas contingências em que ocorre a gravidez, envolvendo situações como a reprovação por parte da família e a falta de comprometimento e apoio por parte do pai do bebê.

É importante ressaltar que alguns sintomas depressivos com intensidade mais leve e com duração de poucos dias são considerados normais e atingem mais de 50% das mulheres no pós-parto. Tristeza, irritabilidade, ansiedade e emotividade são sintomas esperados e parecem estar associados ao estresse no trabalho de parto, às alterações hormonais, ao desconforto físico, ao ambiente hospitalar e a efeitos colaterais provocados por alguns medicamentos.

Algumas mulheres apresentam características que podem elevar o risco de desenvolverem um quadro depressivo no período pós-parto.

Apresentam maior risco de depressão no pós-parto:

- aquelas que já possuem histórico de depressão;
- as que desenvolveram depressão na gravidez;
- as que estão com problemas conjugais;
- as que sofrem com a falta de apoio social;
- as que sofrem de TPM (tensão pré-menstrual) grave.

Outro ponto importante nesse contexto é o reflexo que a condição emocional da mãe tem na vida do bebê. A dependência e a vulnerabilidade psíquica do recém-nascido fazem com que ele necessite encontrar na figura materna o acolhimento que o ajudará a se estruturar emocionalmente.

A mãe deprimida pode deprimir também o bebê, gerando distúrbios de alimentação, de sono ou apatia. Tal sofrimento pode resultar em dificuldades de aprendizagem e de sociabilidade para a criança ao longo de sua vida.

INFÂNCIA

A depressão infantil foi descrita com critérios mais precisos na década de 70. No entanto, na década de 50, o psicanalista austríaco René Spitz denominou "*depressão anaclítica*" o quadro observado em bebês que eram separados de suas mães entre os 6 e os 12 meses de vida, apresentando sintomas como: expressão de tristeza, incapacidade de interagir e recusa à alimentação. Essa situação revelava inicialmente manifestações de raiva, passando a uma gradativa perda do interesse, que culminava na indiferença do bebê, sugerindo que este teria desistido de lutar.

Observa-se que um bom vínculo afetivo é de extrema importância para a estruturação psíquica de uma pessoa. É uma referência para a construção da própria imagem e para o desenvolvimento emocional. As crianças que sofrem privação dessa referência tendem a construir vínculos inseguros, pautados na carência e na dependência afetiva, ou vínculos marcados pela superficialidade, como forma de defesa contra possíveis novas decepções.

Dentre outras situações nas quais pode haver comprometimento do desenvolvimento dessas importantes ligações afetivas, estão: o abandono, as mães ou cuidadoras afetivamente distantes (depressivas, psicóticas...) e a orfandade.

Apesar de pesquisas comprovarem os danos psicológicos causados por intensos sofrimentos no início da vida, alguns estudos mostram que os fatores genéticos também exercem grande influência no surgimento de episódios depressivos. Por exemplo, crianças adotadas, filhas de pais biológicos com histórico de depressão, têm maiores chances de manifestar esse transtorno do que aquelas cujos pais biológicos não tinham histórico da doença.

Outro fator importante no contexto da depressão infantil diz respeito à construção da auto-estima da criança. Os adultos funcionam como *espelhos* para a criança, na estruturação de sua identidade. A forma como o adulto trata a criança, manifestando seus sentimentos por ela, verbalmente ou por gestos, expressões faciais e atitudes, vai fornecendo a ela informações sobre quem e como ela é. Assim, uma criança pode, ao longo do seu desenvolvimento, acreditar que é incapaz, chata, indesejada, preguiçosa, entre outras impressões negativas que podem comprometer sua auto-estima.

No contexto escolar, a depressão infantil pode acarretar sérios prejuízos para o desenvolvimento emocional, intelectual e social da criança. Entre as situações mais preocupantes, estão: queda no rendimento, desatenção, desinteresse por brincadeiras, desmotivação, irritabilidade e sentimento de incapacidade.

Algumas características podem aumentar as chances de uma criança desenvolver depressão. Possuem maior risco as aquelas que:

- vivem situações de grande estresse;
- sofrem de abusos ou maus tratos;
- sofrem de negligência;
- perdem uma pessoa amada;
- possuem doenças crônicas;
- apresentam distúrbios de comportamento;
- apresentam problemas de aprendizagem;
- são educadas com críticas e intolerância.

ADOLESCÊNCIA

A adolescência é o período compreendido entre 12 e 18 anos para pessoas do sexo feminino, correspondendo ao período de 14 a 20 anos para o sexo masculino, com algumas variações em diferentes culturas e momentos históricos.

Trata-se de uma fase carregada de conflitos provocados por fatores que envolvem alterações biológicas, psicológicas e sociais. Tais conflitos têm bases prováveis na relação de dependência com os pais, nas transformações corporais, no despertar da sexualidade, nas alterações hormonais, na insegurança diante do mundo, nas cobranças

sociais pelo amadurecimento e aquisição de responsabilidades, além do reflexo que essas questões têm sobre a auto-estima.

O resultado de tantas alterações corporais e psicossociais nessa fase de transição, entre a infância e a vida adulta, é a chamada "*crise de identidade*". A identidade é o conjunto de crenças, conceitos e percepções que uma pessoa tem a seu próprio respeito. É construída pouco a pouco, desde o nascimento, por meio da percepção da criança sobre as opiniões e as manifestações afetivas que outras pessoas têm em relação a ela. Esse processo é movido pela busca de respostas para inquietantes questionamentos: *"Quem sou eu?", "Qual o meu papel na vida?", "Que caminho devo seguir?", "Que sentido tem a minha vida?".*

Com o passar do tempo, o ser humano vai adquirindo uma identidade pessoal e uma identidade grupal, sendo que esta última lhe dá a sensação de pertencer a um grupo com características específicas.

O surgimento da depressão na adolescência depende, entre outros fatores, da maneira como o jovem suporta e reage às pressões internas e externas dessa fase.

Além de apresentar sintomas observados em adultos deprimidos, o adolescente tende a manifestar a depressão com características próprias do seu momento evolutivo.

Sintomas de depressão no adolescente:
- cansaço constante;
- abandono das atividades preferidas;
- discussões com pais e professores;
- queda no rendimento escolar;
- transtornos alimentares (anorexia e bulimia);
- comportamento de risco, envolvendo sexo, drogas, bebidas, automóveis, ...
- pensamentos suicidas;
- irritabilidade;

É importante ressaltar que a manifestação de alguns dos sintomas acima, numa intensidade reduzida, pode ser esperada como reação normal aos conflitos vividos. No entanto, é preocupante o crescente índice de suicídio na adolescência, resultante da falta de estrutura emocional de muitos jovens.

ADULTO JOVEM

A fase do desenvolvimento humano denominada "adulto jovem" é o período compreendido entre, aproximadamente, 20 e 40 anos de idade.

É um momento de grandes transformações para a maioria das pessoas. A entrada na vida adulta requer ajustamentos de ordem emocional, social e econômica. Normalmente, nessa fase observa-se a busca da realização profissional, a estruturação de um novo núcleo familiar e a chegada dos filhos. As relações de trabalho, a necessidade de independência financeira e a nova configuração familiar, impõem uma mudança de postura em relação ao comportamento adolescente.

Percebe-se, no início dessa fase, o conflito entre crescer, abrindo mão dos prazeres da fase anterior, e permanecer na adolescência, postergando o enfrentamento das responsabilidades da vida adulta. Nesse contexto, características como a baixa tolerância à frustração e a relação de dependência emocional entre o jovem adulto e seus pais podem tornar mais difícil o processo de transição entre as fases. Sabe-se que a revolta diante da vida e a dependência afetiva são freqüentemente observadas nos quadros depressivos. Assim, a falta de maturidade emocional parece ser um dos principais elementos determinantes do fato de que o primeiro episódio depressivo ocorre com maior freqüência entre 25 e 44 anos de idade.

MEIA IDADE

Compreendida, aproximadamente, entre os 40 e 60 anos, a “meia idade” tem como fato significativo a reavaliação da vida e do sentido existencial.

É a fase em que algumas verdades, construídas desde a infância, se desmoronam, causando grande inquietação. Descobre-se que, durante muito tempo, ilusões sobre si e o mundo foram sustentadas pelo orgulho, proveniente de possíveis conflitos em relação à auto-estima, e pela necessidade de certezas sobre vida. Normalmente, essa descoberta vem através de frustrações, quando a realidade bate à porta mostrando que a vida não é o que se imaginava. Conquistas materiais e relações afetivas são reconsideradas e valores são questionados. Para alguns, há ainda o sentimento de fracasso por não ter conseguido ser e ter o que desejava e que o tempo que resta pode ser insuficiente. Essas situações

são responsáveis por gerar ou acentuar sentimentos de angústia, insegurança, incapacidade e baixa auto-estima.

Outros aspectos que permeiam a "crise da meia idade", estão relacionados à saúde e à família. O corpo já não responde às exigências estéticas da sociedade atual, a energia física começa a entrar em declínio, alterações hormonais mexem com o corpo e as emoções e os filhos saem de casa para constituir suas próprias famílias.

É compreensível que todas essas mudanças provoquem uma turbulência na vida das pessoas. Turbulência essa, que pode favorecer o surgimento do quadro depressivo, principalmente quando já existe comprometimento da auto-estima e um estilo de vida excessivamente materialista, muitas vezes desenvolvido para proteger o ser humano de suas dificuldades afetivas.

VELHICE

A velhice é uma fase marcada por alterações biológicas, psicológicas e sociais significativas. Essas alterações dependem basicamente da interação entre o estilo de vida adotado pela pessoa, sua estrutura psicológica e fatores hereditários.

Apesar de haver pessoas idosas que revelam grande vitalidade, mantendo plenas suas atividades físicas e psíquicas, também observamos muitos casos em que estão presentes debilidades, naturalmente causadas pelo desgaste orgânico, fazendo com que o idoso necessite dos cuidados de outras pessoas no que diz respeito à locomoção, alimentação e hábitos de higiene. Tal condição reduz o convívio social e pode provocar constrangimento e sentimentos de

incapacidade, baixa auto-estima, inutilidade e dependência, além da angústia por se aproximar o final da vida.

Nas últimas décadas, os avanços da medicina, o acesso à informação e alguns programas sociais de esclarecimento e prevenção na área da saúde, aliados à constante busca do ser humano pelo rejuvenescimento, vêm proporcionando um aumento na expectativa de vida. Essa situação, embora caracterize um avanço para a humanidade, tem agravado os problemas de ordem emocional normalmente esperados na terceira idade. A idéia culturalmente arraigada de que o idoso não tem mais condições de produzir como um jovem e possui dificuldades para se adaptar a novas situações, faz com que cada vez mais, pessoas absolutamente ativas sejam excluídas do mercado de trabalho, ficando expostas a conflitos que podem levar à depressão. Dados da OMS indicam que 10% a 15% das pessoas com depressão estão acima de 65 anos.

Nessa fase da vida, alterações psicológicas também surgem como reflexo da aposentadoria. Tal situação, quando o idoso não preenche o tempo com algo que faça com que se sinta útil, tende a provocar sentimentos de auto-desvalorização e marginalização na estrutura social.

Outra vivência difícil é a natural perda do cônjuge, causando solidão e angústia.

No final da vida, por motivos variados, muitos idosos são hospitalizados ou institucionalizados. Alguns estudos

revelam que os idosos nessas situações, apresentam mais sintomas de depressão do que aqueles que vivem com seus familiares.

Todas essas alterações bio-psico-sociais podem desencadear quadros depressivos, trazendo outra preocupante situação que é o alto índice de suicídio de idosos, que tende a aumentar com a idade, principalmente com relação aos homens.

DESEMPREGO

Outro contexto bastante favorável à depressão é o desemprego. Principalmente os casos que envolvem longo período na busca de oportunidades de trabalho podem gerar frustração, desmotivação, baixa auto-estima e sentimento de incapacidade.

No campo familiar, as cobranças por atitude e por suprir as necessidades dos filhos e da casa podem aumentar a possibilidade de um episódio depressivo.

Vale lembrar que, em parte, o desenvolvimento da depressão depende da estrutura da personalidade. Pessoas com uma tendência auto-depreciativa, muito exigentes consigo mesmas, com pensamentos pessimistas, inseguras e ansiosas têm maior probabilidade de desenvolver depressão em uma situação de desemprego.

DÍVIDAS

As situações de endividamento normalmente despertam sentimentos de fracasso, incompetência e baixa auto-estima. Vale ressaltar que as dívidas são freqüentemente contraídas durante a fase de euforia e, posteriormente, a real impossibilidade de cumprir o compromisso assumido faz reativar o processo depressivo, que em muitos casos, já existia antes do endividamento.

MENOPAUSA

As alterações fisiológicas vividas na menopausa são responsáveis por mudanças corporais e pela perda da fertilidade na mulher.

Pouco se sabe sobre a relação existente entre a menopausa e a depressão. Algumas pesquisas sugerem que o índice de mulheres com depressão na menopausa é semelhante ao da média da população em geral, algo em torno de 5%. A questão é: que fatores estariam levando parte das mulheres, provavelmente as que possuem predisposição, a desenvolverem depressão no contexto da menopausa?

Psicologicamente, observa-se que algumas mulheres vivenciam uma espécie de luto nessa fase da vida, adaptando-se à nova condição. É comum que nessa época, os filhos estejam se casando e saindo de casa. Ocorre também que, em função da crise de meia idade, muitos casais passam por um período de turbulência conjugal ou mesmo de separação.

Por outro lado, os baixos níveis de estrogênio e de hormônios da tireóide, observados freqüentemente na

menopausa, parecem colaborar para o surgimento da depressão. Estudos mostram que o tratamento com reposição hormonal, indicado para aliviar sintomas como ondas de calor e sonolência e prevenir osteoporose, melhora o humor de mulheres que nessa fase da vida apresentam depressão leve.

PERÍODO PRÉ-MENSTRUAL

O período pré-menstrual é marcado por alterações fisiológicas que podem gerar desconforto para muitas mulheres. Sabe-se que algo entre 30% e 40% das mulheres experimentam um estado de ansiedade, irritabilidade e tristeza nesse período. Sintomas físicos como inchaço, dores nos seios, cansaço, dores musculares e dores de cabeça também podem estar presentes.

Porém, aproximadamente 5% das mulheres apresentam um quadro agudo dos sintomas pré-menstruais. Trata-se de uma TPM grave chamada de Transtorno Disfórico Pré-Menstrual que possui alguns sintomas semelhantes aos da depressão.

Sintomas de disforia pré-menstrual:

- humor deprimido
- ansiedade
- emotividade
- irritabilidade
- dificuldade de concentração
- falta de energia
- sensação de descontrole
- diminuição do interesse pelo trabalho

- afastamento dos amigos e das atividades sociais
- alteração no apetite
- alteração no sono

Esse transtorno parece ter como base as alterações hormonais próprias do ciclo menstrual. Observa-se, nesse período, o rebaixamento dos níveis de estrogênio. Nesse contexto, o uso de anti-depressivos tem se mostrado eficaz no tratamento dos sintomas.

SOLIDÃO

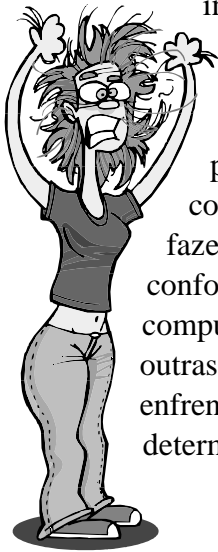
A solidão é uma situação bastante favorável à depressão. Pessoas com dificuldades de relacionamento podem desenvolver um estilo de vida mais solitário, com poucas amizades e um convívio social restrito. Essa situação pode ser acompanhada por sentimentos de incompreensão, rejeição, baixa auto-estima, raiva e uma ilusão de superioridade e auto-suficiência.

De outra forma, a solidão pode ser sentida em função de perdas de pessoas amadas como pai, mãe, filhos, cônjuge ou outras com as quais o deprimido tivesse uma relação de grande ligação e dependência afetiva, provocando sentimento de desamparo.

ESTRESSE

O estresse se caracteriza por uma série de alterações fisiológicas e psicológicas com reflexos emocionais e comportamentais. É observado na forma crônica como conseqüência do desgaste físico e mental (excesso de atividades ou insatisfação) ou na forma aguda em situações indesejáveis que exigem adaptação, como a morte de pessoas na família e a perda do emprego.

Entre as alterações decorrentes do estresse está a diminuição dos níveis de neurotransmissores nas sinapses (ligação entre dois neurônios). Pesquisadores observaram redução nos níveis de noradrenalina em cães que foram expostos a situações estressantes como choque elétrico, barulho, calor e isolamento social, de forma que o aumento da intensidade dos fatores estressantes provocava maior rebaixamento dos níveis desse neurotransmissor.

Diante de situações estressantes, as pessoas desenvolvem estratégias para lidar com seus problemas. Os deprimidos parecem fazer maior uso de estratégias passivas (fuga, conformismo, pensamento mágico, comer compulsivamente, tabagismo e alcoolismo, entre outras) ao invés de estratégias ativas e de enfrentamento (coragem, paciência, autoconfiança, determinação, iniciativa e otimismo).

PERDA DE ENTES QUERIDOS

As perdas foram as primeiras situações não orgânicas cientificamente associadas à depressão. Em 1917, na obra *Luto e Melancolia*, Sigmund Freud sugeria que processos inconscientes envolvidos nas situações de perdas poderiam levar à melancolia.

No contexto da morte de entes queridos ou da separação em relação a estes (casais, pais e filhos, ...), observa-se a vivência natural do luto, isto é, um momento que envolve tristeza, elaboração e adaptação. Esse processo normalmente se dá num período relativamente curto, aproximadamente entre 6 e 8 semanas. Porém, muitas pessoas têm dificuldade para lidar com a situação da perda. Algumas apresentam tristeza numa intensidade patológica e por tempo acima do esperado, enquanto outras apresentam uma situação inicial de euforia e negação dos fatos, caindo algum tempo depois em depressão. Percebe-se que as pessoas que se encontravam numa relação de dependência afetiva com o ente que se afastou têm maior propensão a entrar num quadro patológico.

FAMÍLIA COM HISTÓRICO DE DEPRESSÃO

Estudos de famílias mostram que pessoas com parentes em primeiro grau (pai, mãe, irmãos ou filhos) com histórico de depressão têm maior probabilidade de vir a ter episódios depressivos do que aquelas que não têm casos desse transtorno na família.

Outro fato observado é que quando o pai e a mãe já apresentaram depressão, as chances de os filhos manifestarem o transtorno é maior do que quando ocorrido com apenas um dos dois.

Acredita-se que a maior chance do surgimento da depressão em pessoas com histórico na família esteja vinculada a fatores genéticos e ambientais. A hipótese de um componente genético é confirmada por estudos feitos com gêmeos e crianças adotadas (relatados no capítulo sobre causas, no item “fatores genéticos”).

No entanto, é importante perceber que a depressão, em grande parte dos casos, revela problemas com a auto-estima e com a imagem que a pessoa tem dela mesma. Uma vez que a identidade e a personalidade são desenvolvidas na interação familiar e social, é provável que o ambiente também exerça grande influência na determinação de um quadro depressivo.

EXISTÊNCIA DE OUTROS TRANSTORNOS

É comum observar a depressão coexistindo com outros transtornos como os de *ansiedade*, *alimentares*, de *personalidade* e de *déficit de atenção*. Não é fácil afirmar qual a relação entre a depressão e tais transtornos, em função das dificuldades de se determinar qual surgiu primeiro e de que forma um influencia o outro. No entanto, a combinação entre a depressão e outros transtornos mentais é um fato e merece atenção.

TRANTORNOS DE ANSIEDADE: A ansiedade pode ser uma reação natural à diferentes situações trazidas pela vida. Por exemplo, quando alguém se vê ameaçado por

alguma situação de perigo ou uma doença, quando está com o tempo curto para alguma atividade importante ou quando espera pelo resultado de um concurso do qual tenha participado, normalmente sente ansiedade.

No entanto, esta reação emocional, quando experimentada numa condição patológica, revela em seus componentes psicológicos traumas ou conflitos inconscientes, envolvendo desejos sexuais reprimidos, impulsos hostis, além de sentimentos de inferioridade, rejeição e punição. Percebe-se, na ansiedade, uma sensação de insegurança e a expectativa de algo ruim que possa acontecer.

Os transtornos de ansiedade envolvem basicamente, a *ansiedade generalizada*, as *fobias*, o *transtorno obsessivo-compulsivo*, a *síndrome do pânico* e o *estresse pós-traumático*.

É comum que portadores destes transtornos passem por episódios depressivos e sabe-se que cerca de 50% das pessoas com depressão apresentam sintomas de ansiedade.

TRANSTORNOS ALIMENTARES: Mais da metade das pessoas que sofrem de anorexia e bulimia apresenta histórico de depressão. A *anorexia nervosa* caracteriza-se pela necessidade que a pessoa sente de emagrecer por se achar sempre gorda, mesmo que esteja magra. Esta distorção da percepção resulta em pouca alimentação e excesso de exercícios físicos, levando à inanição e até mesmo à morte. A *bulimia nervosa* refere-se à ingestão de grande quantidade de alimento num curto período de tempo (hiperfagia), seguida de culpa, indução de vômitos e uso de laxantes.

Alguns estudos sugerem que a bulimia nervosa pode estar ligada à atividade do neurotransmissor *serotonina* e

indicam que a gravidade do transtorno alimentar está associada à gravidade da depressão.

TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE: A estrutura de personalidade parece ser um fator relevante nos quadros depressivos, determinando padrões de comportamento. Os principais transtornos de personalidade associados à depressão são os de *personalidade borderline, personalidade ansiosa, personalidade anancástica* e *personalidade dependente*. Esta relação está melhor relatada no capítulo sobre causas da depressão, no item "estrutura de personalidade".

TDAH (Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade): Estudos revelam que crianças com hiperatividade têm chances três vezes maiores de desenvolverem depressão do que aquelas que não apresentam o transtorno. Além das alterações no funcionamento cerebral, é esperado que as crianças com TDAH sejam educadas de forma mais intolerante, devido à dificuldade que encontram em se concentrar e de ficarem mais calmas, sendo erroneamente rotuladas de indisciplinadas. Pais e educadores desavisados tendem a adotar métodos autoritários para lidar com a criança hiperativa, resultando numa baixa auto-estima que pode aumentar o risco de depressão.

DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Algumas pesquisas indicam que cerca de 20% dos casos de alcoolismo e drogadicção estão associados a um histórico de depressão. Sabe-se que muitas pessoas buscam o

álcool e as drogas durante episódios depressivos mas, também, parece ocorrer que tais substâncias interferem na atividade dos neurotransmissores, provocando ou agravando a depressão.

No caso do tabagismo, também este guarda estreita relação com o transtorno depressivo por poder levar a distúrbios da tireóide e síndrome de abstinência com sintomas semelhantes aos da depressão.

ENFERMIDADES

Observa-se que pessoas portadoras de diversas enfermidades apresentam sintomas de depressão. Esse fato parece estar ligado a fatores fisiológicos e psicológicos.

Do ponto de vista fisiológico, existe a possibilidade de ocorrerem alterações decorrentes da própria enfermidade. Essa hipótese se baseia no fato de que a presença de algumas doenças parece aumentar o risco de depressão.

Outra situação, provavelmente responsável por grande parte dos casos, está relacionada com efeitos colaterais dos medicamentos utilizados no combate à doença, provocando sintomas depressivos.

No campo psicológico, algumas enfermidades, principalmente aquelas que oferecem algum tipo de risco para a vida da pessoa, aquelas cujas seqüelas causam limitações diante da vida e as que requerem longos períodos de internação podem provocar sentimentos de baixa auto-estima, incapacidade, exclusão, impotência, insegurança e desesperança.

Entre as enfermidades que costumam revelar sintomas depressivos associados ao quadro, estão: câncer, mal de Parkinson, demência, diabetes, problemas hepáticos, distúrbios da tireóide, hipertensão, problemas cardíacos, AIDS, doenças degenerativas e problemas renais.

EXCLUSÃO SOCIAL

Um contexto bastante propício ao surgimento de episódios depressivos é o momento em que a pessoa experimenta o sentimento de exclusão social, seja por questões físicas, mentais ou outras que possam despertar preconceito. Entre as pessoas que normalmente sentem-se à margem da estrutura social, podemos ressaltar:

- pessoas com paralisias
- deficientes visuais
- deficientes auditivos
- idosos
- desempregados
- pessoas que se consideram fora dos padrões de beleza
- pessoas que sofrem amputações, resultando em limitações físicas e comprometimento estético
- analfabetos
- homossexuais

Seja em que situação for, a sensação de exclusão pode gerar sentimentos de incapacidade, rejeição, baixa auto-estima, frustração, raiva e desamparo, favorecendo a formação do quadro depressivo.

MAUS-TRATOS

Uma boa auto-estima tem estreita ligação com o tipo de relação familiar desenvolvida na infância.

Por motivos variados, inúmeras famílias têm seus relacionamentos permeados pela intolerância, irritabilidade, agressões físicas e verbais, críticas excessivas e pela ausência de uma expressão afetiva mais positiva por parte dos pais ou dos cuidadores, em relação à criança.

Sabe-se que quanto mais cedo a criança experimentar algum tipo de sofrimento intenso, piores serão as conseqüências para sua estruturação psíquica. Uma pessoa que começa a vida sentindo-se agredida e pouco amada, desenvolve posturas defensivas que favorecerão o surgimento de episódios de depressão. A hostilidade em relação às pessoas e ao mundo e a baixa auto-estima são exemplos de sentimentos que, além de prejudicar diretamente a pessoa em suas funções fisiológicas, acarretarão dificuldades de relacionamento e uma visão negativamente distorcida de si e do mundo.

Entre os maus-tratos, vale ressaltar as situações de abuso sexual, normalmente envolvendo ameaças, agressões físicas e psíquicas, tendo como principais agressores, parentes próximos, conhecidos da família e os próprios pais ou padrastos.

Os maus-tratos são também observados na terceira idade, momento em que a debilidade física e os esperados comprometimentos neurológicos limitam a capacidade de o idoso reagir ou pedir ajuda, chegando às vezes a óbito.

Seja na infância, na terceira idade ou mesmo nos casos de adultos submissos, os maus-tratos costumam provocar grandes sofrimentos e efeitos devastadores na estrutura emocional.

CAPÍTULO V

CAUSAS DA DEPRESSÃO

CAUSAS ENDÓGENAS E EXÓGENAS

As explicações sobre as causas da depressão ainda não encontram consonância no meio científico. Durante algum tempo, dentro de um processo natural de construção do conhecimento, diferentes olhares buscaram possíveis causas para esse transtorno. Teria a depressão uma origem orgânica, provocando alterações psicológicas? Ou começaria na esfera psicológica, levando a disfunções neuroquímicas?

Atualmente, de forma mais ponderada, médicos e psicólogos consideram a existência de ambas as possibilidades, sendo que, nos transtornos depressivos, normalmente coexistem fatores psicológicos e orgânicos. Os primeiros envolvem a personalidade, conteúdos inconscientes e sistemas de crenças. Já os de ordem orgânica envolvem aspectos fisiológicos, com a possibilidade de influência genética. Acredita-se numa complexa interação entre esses fatores, sendo que, em alguns casos, a origem possa apresentar prevalência de um dos dois, como nos casos de lesões cerebrais e perdas de entes queridos.

Esse avanço fez com que desde a década de 90 predominasse um consenso acerca da combinação de recursos farmacológicos e psicoterápicos no tratamento da depressão. Dentro dessa perspectiva, considera-se que as *causas endógenas* são aquelas vinculadas a *fatores orgânicos* e as *causas exógenas*, aquelas relacionadas com *fatores psicológicos* envolvidos no transtorno.

Nesta obra, será também classificado como *exógeno,* um outro fator ainda não considerado relevante pela maioria dos médicos e psicólogos: o fator *Espiritual.* Esse fator diz respeito à condição do espírito (Ser incorpóreo, imortal e

dotado de inteligência) interferindo no surgimento e manutenção da depressão.

De forma ainda tímida, a neurociência vem colaborando para a compreensão da influência da fé nas questões neurológicas e fisiológicas. Porém, o fator espiritual aqui referido – e já abordado largamente por autores espíritas e espiritualistas – vai além da fé, considerando a imortalidade do espírito e sua ação voluntária, mesmo após o desenlace do corpo físico, acumulando experiências ao longo de sucessivas reencarnações, dentro do processo de evolução espiritual, como esclarece a Doutrina Espírita, codificada pelo francês Allan Kardec no século XIX.

No ritmo em que os avanços tecnológicos caminham, acredita-se que num tempo relativamente curto (considerando os milênios de evolução), a própria ciência, principalmente a partir das descobertas da física quântica, se encarregará de incluir a condição espiritual na gênese de todas as enfermidades físicas e mentais.

Não existe aqui a pretensão de convencer o leitor sobre a realidade espiritual, já que existe uma quantidade enorme de experiências e observações publicadas por pesquisadores de grande respeitabilidade nos meios acadêmico e científico, que comprovam a veracidade dos fenômenos desse campo (vide "as bases científicas dos fatores espirituais", neste capítulo). Há apenas o desejo de colaborar para a ampliação de um olhar mais criterioso sobre algo que para muitos profissionais da saúde já é fato.

É ainda importante ressaltar que os possíveis fatores causais aqui relacionados não incluem situações sociais, econômicas e outras que provêm do mundo externo, por serem considerados aspectos meramente mobilizadores de conteúdos internos, que envolvem a predisposição orgânica e

a estrutura psicológica. Dessa forma, o combate à depressão através de uma intervenção restrita ao mundo externo é considerado uma medida apenas paliativa. Por exemplo, alguém que se deprime por estar endividado terá uma melhora temporária se sua situação financeira for regularizada. No entanto, são enormes as chances de breve retorno ao quadro depressivo, pois saldar as dívidas não transforma os motivos internos que levaram a ela, como atitudes consumistas que podem ter como base a ansiedade e a falta de afeto.

FATORES PSICOLÓGICOS

ESTRUTURA DE PERSONALIDADE

Existem fortes indícios de que a estrutura de personalidade seja de grande relevância na maioria dos casos de depressão, determinando padrões de comportamento que compõem a maneira como cada pessoa irá reagir diante de fatores externos como situações estressantes, perdas e outros. Trata-se de um conjunto de características individuais que envolvem a forma de compreender o mundo, de estabelecer relações interpessoais, de lidar com as emoções e de se comportar, resultante de uma complexa interação entre as vivências emocionais, o conjunto de crenças desenvolvidas e fatores biológicos.

A ciência não tem, atualmente, uma categoria de personalidade vinculada à depressão. Apesar disso, observa-se que muitos deprimidos apresentam traços de características descritas em alguns transtornos de personalidade. Os

transtornos que apresentam relação mais estreita com a depressão são os de: *personalidade dependente, personalidade borderline, personalidade ansiosa e personalidade anancástica.*

Características de pessoas com transtorno de personalidade dependente:

- Necessidade de ser cuidada por alguém.
- Dificuldade de discordar de outras pessoas.
- Dificuldade para dizer “não” aos pedidos dos outros.
- Necessidade constante de estímulo e aprovação.
- Sentimento freqüente de desamparo.
- Sente-se incapaz de se cuidar sozinha.
- Construção de relacionamentos de dependência.
- Indecisão para fazer escolhas.
- Dificuldade para tomar atitudes.
- Auto-desvalorização.
- Esforço incondicional para agradar outras pessoas.
- Sentimento de derrota ou fracasso.
- Ansiedade pelo receio de não ser aceita como é.
- Auto-crítica destrutiva.

Características de pessoas com transtorno de personalidade borderline:

- Relacionamentos interpessoais intensos e instáveis.
- Humor instável (raiva e depressão).
- Pensamento mágico (mais brandos que na esquizofrenia).
- Auto-agressão (cortes, queimaduras, etc.).
- Pensamentos paranóides (freqüentemente sobre traição e abandono).
- Problemas de identidade.

Características de pessoas com transtorno de personalidade ansiosa:

- Sentimentos persistentes e invasivos de tensão e apreensão.
- Crença de que é inferior aos outros.
- Preocupação excessiva em ser criticado.
- Medo da rejeição e da desaprovação.
- Excessiva necessidade de sentir-se seguro.
- Dificuldade de relacionamento interpessoal.

Características de pessoas com transtorno de personalidade anancástica:

- Cautela excessiva.
- Preocupação com detalhes, regras e organização.
- Perfeccionismo.
- Preocupação com convenções sociais.
- Rigidez e teimosia.
- Intransigência.
- Desejo de que os outros façam tudo do seu jeito.
- Comportamento obsessivo-compulsivo.

ABORDAGEM PSICANALÍTICA

A abordagem feita pela psicanálise sobre os transtornos mentais tem foco nos processos psíquicos e na estruturação da mente, considerando a presença de conflitos inconscientes na gênese de tais transtornos.

No contexto psicanalítico, é importante estabelecer a diferença existente entre "*Tristeza*", "*Luto*" e "*Melancolia*".

Tristeza é o termo atribuído a um estado de humor caracterizado por um abatimento, podendo estar presente também no luto e na melancolia.

Luto é um processo natural de elaboração de perdas e adaptação, vivido num curto espaço de tempo (semanas) e sem grandes conflitos.

Já a expressão *Melancolia* é a denominação usada pelos primeiros estudiosos desta abordagem para se referir ao atual quadro depressivo.

No que diz respeito à depressão, o entendimento psicanalítico tem como base a percepção de Sigmund Freud, pai da psicanálise, de que esse quadro patológico poderia ser provocado pela presença de conflitos inconscientes vivenciados em situações de perdas. Tais conflitos seriam gerados por sentimentos ambivalentes em relação ao objeto perdido (amor x ódio) e o principal fator desencadeador da depressão seria a raiva internalizada.

Posteriormente, outros teóricos trouxeram importantes contribuições, ampliando a compreensão do aspecto psicodinâmico presente nos transtornos depressivos. Atualmente, com base no modelo proposto pelo Dr. David E. Zimerman, na obra *Fundamentos Psicanalíticos*, podemos diferenciar alguns tipos de depressão em função do processo psíquico envolvido:

a) Depressão Anaclítica

O termo “Depressão Anaclítica” foi usado pelo psicanalista austríaco René Spitiz para definir o quadro desenvolvido por bebês quando estes eram separados de suas mães entre o sexto e o oitavo mês de vida, apresentando sintomas semelhantes aos da depressão no adulto.

Outro estudo, desenvolvido pelo psicanalista inglês John Bowlby, descreve três fases apresentadas por bebês que eram precocemente privados do convívio materno: *protesto* (choro e agitação), *desesperança* (cansaço e sofrimento) e

retraimento (estado de apatia semelhante ao da depressão no adulto).

A depressão anaclítica caracteriza-se pelo vazio sentido pela falta da presença materna.

b) *Depressão por perdas*

É a depressão que envolve vários tipos de perdas, sejam elas reais ou imaginárias. É possível observar três grupos distintos de perdas:

- Perda de pessoas ambivalentemente amadas e odiadas, provocando raiva e a sensação de culpa e desamparo.
- Perda de pessoas ou coisas que sustentavam a auto-estima do deprimido. Normalmente ocorre em pessoas que se sentiam intimamente desvalorizadas e pouco amadas, precisando agarrar-se a algo que lhes atribuísse valor (carro, cargo, cônjuge,...).
- Perdas por circunstâncias variadas que afetam as funções do ego no que diz respeito à adaptação ao mundo exterior. Situações como envelhecimento, morte de pais, aposentadoria, filhos que se casam e saem de casa, diminuição das capacidades visuais, auditivas e de memória, comprometimento estético e das funções motoras, podem gerar baixa auto-estima e resultar em depressão.

c) *Depressão por culpa*

O sentimento de culpa é um elemento freqüentemente observado nos casos de depressão. Esse sentimento pode ter origens diversas:

- Pessoas rígidas consigo mesmas, que exigem perfeição em tudo que fazem e que estão constantemente se julgando de forma cruel e implacável.

- A pessoa pode experimentar conflitos por reconhecer em si desejos, sentimentos e características que contradizem padrões que ela mesma entende como certos e admirados por outras pessoas que lhe são importantes.
- A culpa pode ser decorrente do rompimento da pessoa em relação aos desejos e expectativas dos pais. Por exemplo, alguém que não conseguiu seguir a profissão que seus pais sonhavam ou que não conseguiu tirar as melhores notas, pode sentir que frustrou os pais e que por isso perdeu o amor e a admiração deles. Trata-se de um sentimento de fracasso.
- O sentimento de culpa pode ser oriundo da auto-imagem negativa gerada pela postura excessivamente crítica de quem educa, resultando em sentimento de inadequação. É como se pequenas atitudes, próprias da infância, fossem consideradas erros graves. A pessoa torna-se muito exigente consigo mesma.
- Algumas pessoas experimentam culpa por terem alcançado algum êxito, despertando a sensação de estar agindo de forma incoerente com os papéis que lhe foram designados na vida. Alguém que “aprendeu” que é incompetente, dificilmente consegue se aceitar numa situação de sucesso.
- A culpa pode ser fruto do sentimento que a pessoa carrega de ser incapaz de reparar os “estragos” causados por seus pensamentos e atos agressivos.

d) *Depressão Narcisística*

Esse tipo de depressão é observado quando há um colapso narcísico, isto é, quando alguém que valoriza excessivamente o próprio ego, colocando-se em posição de destaque em relação às outras pessoas, passa por uma situação

em que se sente inferiorizada, provocando uma queda intensa da auto-estima e a sensação de não ser amada, ou melhor, de não ser a mais importante. A alta idealização da própria imagem termina em uma dura e insuportável queda para a pessoa narcisista, provocando depressão.

e) *Depressão por identificação com pessoas deprimidas*

Durante o desenvolvimento infantil, a criança vai naturalmente internalizando características dos modelos presentes (por exemplo, os pais). Pode ocorrer que o modelo no qual a criança se espelhe apresente características depressivas. Certamente, a relação interpessoal revelará aspectos mais complexos que uma simples imitação. Por exemplo, uma mãe deprimida apresenta um sentimento de auto-desvalorização e assim, pode não se preocupar em fazer seus filhos se sentirem valorizados. De outra forma, uma pessoa que apresenta sentimentos de inferioridade pode, na tentativa inconsciente de camuflar seu sofrimento, esconder-se atrás de uma máscara de superioridade e fazer com que seus filhos e as pessoas à sua volta se sintam inferiores, diminuindo-lhes a auto-estima.

ABORDAGEM COMPORTAMENTAL

A abordagem comportamental trabalha com a idéia de que os comportamentos anormais são “aprendidos” a partir da interação da pessoa com o ambiente em que está inserida, tendo como base a existência de reforços positivos (gratificações) e negativos (punições). Os teóricos desta abordagem se ocupam dos fatores observáveis e mensuráveis

do comportamento, não fazendo considerações sobre os processos subjetivos.

Em relação às causas da depressão, a visão comportamental contribui basicamente com duas hipóteses:

a) *Ausência de reforço*

De acordo com essa teoria, um comportamento tende a se intensificar quando é associado à um estímulo ou *reforço positivo* (gratificação, prazer, ...), enquanto a existência de *reforços negativos* (punições, frustrações, ...) tende a diminuir sua freqüência. Reforços positivos podem ocorrer na forma de carinho, elogios, admiração, reconhecimento, incentivo financeiro, presentes, entre outras. Já os reforços negativos se expressam em situações indesejáveis, dores físicas, frustrações, entre outras que causem algum tipo de sofrimento ou desconforto.

De acordo com os estudos de Peter Lewinsohn, em 1974, a depressão poderia surgir na ausência ou diminuição de reforços positivos e na elevação de reforços negativos, podendo provocar, isolamento, falta de interesse e alterações do humor.

Uma outra situação se refere ao aumento de gratificações quando a pessoa está deprimida, sendo cercada de cuidados e atenção. Esta situação pode prolongar a depressão em pessoas que só se sentem amadas quando estão sendo cuidadas durante uma enfermidade. Trata-se de um ganho secundário.

b) *Desamparo aprendido*

Nessa hipótese, apresentada por Martin Seligman em 1975, considera-se que a pessoa possa ter sido exposta a situações na vida, sobre as quais não tinha qualquer controle.

Tais vivências seriam responsáveis por gerar expectativas de incontrolabilidade em situações futuras, provocando a sensação de desamparo, que resultaria num déficit motivacional, cognitivo e emocional.

ABORDAGEM COGNITIVA

Os teóricos dessa abordagem têm foco nos processos cognitivos, isto é, nos processos do pensamento, resultando na formação de crenças sobre si e o mundo.

Dentro dessa perspectiva, encontramos essencialmente duas hipóteses:

a) *Racional-Emotiva*

Essa hipótese, proposta por Albert Ellis em 1970, considera que as pessoas são afetadas negativamente por uma situação, devido ao fato de atribuírem um significado negativo a ela. Trata-se de uma crença muitas vezes irracional, fruto de pré-concepções. Por exemplo, já houve momentos na história em que a obesidade das mulheres era sinônimo de saúde e valorizada pelos homens como padrão de beleza. Atualmente, em função dos padrões do mundo moderno, muitas mulheres têm sua auto-estima rebaixada por não conseguirem emagrecer.

b) *Cognições negativas*

Os conhecimentos sobre a influência dos pensamentos no comportamento humano já tiveram a contribuição de inúmeros pesquisadores e são, atualmente, a base de muitas teorias sobre auto-ajuda. Um dos precursores dessa teoria é Aaron Beck, defendendo que cultivar pensamentos negativos

pode levar à depressão. Alguns estudos revelam que as cognições negativas podem, também, ajudar a prolongar a duração do quadro depressivo.

Dentro dessa concepção, a depressão envolve pensamentos negativos a respeito de si, do mundo e do futuro.

ABORDAGEM HUMANISTA

Enquanto a psicanálise enfatiza aspectos inconscientes da estrutura psíquica e a abordagem comportamental prioriza as contingências do ambiente, os humanistas dão maior importância à natureza humana, envolvendo a criatividade, a espontaneidade e as relações interpessoais. Essa perspectiva teve como precursores Carl Rogers e Abraham Maslow, quando enfatizaram, na década de 60, a autoconfiança e a auto-realização.

Em relação à depressão, alguns humanistas acreditam que esta possa surgir em decorrência da percepção da distância existente entre o *Eu ideal* e o *Eu real*. Como exemplo, muitas pessoas experimentam a famosa “crise da meia idade”, quando reconhecem que não conseguiram fazer de suas vidas o que idealizaram no passado e que, provavelmente, não o conseguirão no tempo que lhes resta. Tal situação pode gerar um sentimento de fracasso.

Erich Fromm (1900-1980) referia-se a conflitos vividos pelos seres humanos em função da existência de duas forças: o impulso biológico e a pressão social. Acreditava que as pessoas podem superar tal conflito, tornando-se espontâneas, criativas e afetuosas.

ABORDAGEM JUNGUIANA

Carl Gustav Jung teve, no início de seus trabalhos no campo psicológico, grande influência das idéias de Freud. Posteriormente, por discordar de alguns conceitos freudianos, rompe com a psicanálise e funda a *Psicologia Analítica*.

Na teoria junguiana, a mente possui estruturas denominadas "*complexos*", que são conjuntos de idéias carregadas afetivamente. Tais estruturas atuam de forma autônoma, com afetos positivos ou negativos, interferindo no funcionamento dos sistemas nervoso e imunológico.

Alguns estudiosos dessa abordagem afirmam que os *complexos* compostos por idéias negativas, conscientes ou inconscientes, formam a base da depressão. Esses conjuntos de idéias exercem grande influência sobre a forma de o ser humano perceber e sentir o mundo, podendo criar situações favoráveis ao transtorno depressivo.

ABORDAGEM TRANSPESSOAL

A psicologia transpessoal estuda o aspecto psíquico (mental, intuitivo e sensorial) do ser humano em seus diferentes estados de consciência, especialmente aqueles considerados superiores em que estão ressaltadas a espiritualidade, a cooperação e a fraternidade entre os seres vivos. Trata-se de um estado de "*consciência cósmica*" que reflete uma nova percepção de si, do todo e da realidade. Esse estado de consciência recebe denominações diferentes em função da cultura e do momento histórico, sendo também conhecido como *nirvana*, *experiência mística*, *experiência oceânica*, *experiência transcendental*, entre outras.

Essa abordagem surge com o humanista Abraham Maslow, no final da década de 60, quando este passa a considerar a psicologia humanista como uma preparação para um olhar transpessoal sobre o ser humano, ou seja, um olhar para além do pessoal, do ego e da identidade.

Atualmente, a psicologia transpessoal vem absorvendo uma gama de seguidores de áreas afins. Entre eles estão os praticantes da TVP (terapia de vidas passadas) e os simpatizantes de várias doutrinas espiritualistas, criando uma ampla rede de opiniões sobre a condição humana. É uma área do conhecimento em que se encontram a ciência, a filosofia e o espiritualismo.

Apesar da diversidade de olhares, parece prevalecer a idéia central de que os conflitos psíquicos e outras diversas formas pelas quais se expressa o sofrimento humano são fruto de uma maneira egocêntrica de se perceber a vida, isto é, uma compreensão de mundo restrita à realidade individual. Dessa forma, o amor, responsável pelo equilíbrio mental, não atinge uma expressão superior, traduzida numa visão holística da realidade, impedindo a ampliação do nível de consciência.

Podemos considerar que uma visão de mundo restrita ao próprio *Eu* carrega maior probabilidade de gerar atitudes imaturas que tragam como conseqüência o sentimento de culpa. De outro modo, essa postura egocêntrica e individualista deixa a pessoa distante da compreensão da realidade espiritual, levando-a a sentir-se abandonada por Deus diante das dificuldades da vida. Em ambas as situações, são fortes os motivos para se desenvolver um quadro depressivo.

Com foco no equilíbrio emocional, a terapia transpessoal evidencia a troca de energia com o ambiente e com o outro, valorizando o toque, o abraço e o acolhimento.

ABORDAGEM TRANSACIONAL

A análise transacional foi criada por Eric Berne no final da década de 50.

De acordo com essa teoria, as pessoas estabelecem transações (interações envolvendo estímulo e resposta) com base em três diferentes "*Estados de Ego*": *Pai, Criança* e *Adulto*. O *ego* é o todo da personalidade e os *estados* são definidos pela maneira como a pessoa sente, pensa e se comporta.

O estado de ego *Pai*, é composto de atitudes e informações incorporadas de fontes exteriores, normalmente os pais ou figuras que os substituem como os avós e os professores. Esse estado se subdivide em 3: *Pai Protetor* (atenção, acolhimento, incentivo, valorização, elogios, cuidados e orientações); *Pai Crítico* (moralista, punitivo, delineador de valores sociais, padrões de certo e errado, limites e responsável pela idéia de culpa); *Pai Preconceituoso* (idéias preconcebidas sobre questões raciais, religiosas, sócio-econômicas e culturais).

O estado de ego *Criança* envolve emoção, criatividade e comportamentos infantis. Esse estado revela aspectos positivos, como a espontaneidade e aspectos negativos, como a imaturidade, estando dividido em 4 sub-estados: *Criança Natural* (livre, intuitiva, alegre e criativa); *Criança Adaptada* (comportada, medrosa, obediente, submissa, gentil, com culpa ou vergonha); *Criança Rebelde* (impulsiva, agressiva, desobediente e intolerante às frustrações); *Pequeno Professor* (curiosa, criativa, imaginativa e experimentadora).

O estado de ego *Adulto* está vinculado à realidade. Revela organização, adaptação, inteligência, responsabilidade, capacidade de avaliar, decidir e provocar mudanças.

Dentro dessa abordagem, a depressão está ligada à falta de reconhecimento de outras pessoas em relação ao deprimido. Trata-se de trocas afetivas, físicas ou verbais, essenciais à vida humana, denominadas "*carícias*". As *carícias* podem ter um aspecto positivo, na forma de elogios, incentivos e admiração, ou negativos, quando existe uma postura depreciativa. Os sentimentos provocados por demonstrações negativas de afeto levam a pessoa a tirar conclusões pessimistas sobre si, prevendo uma vida infeliz. A esta previsibilidade, Berne denominou "*script*".

Dessa forma, percebe-se o deprimido agindo de acordo com o estado de ego *Criança Adaptada*, em sua forma negativa, revelando passividade, culpa, submissão, repressão, limites e normas rígidas, timidez e insegurança.

ABORDAGEM BIOENERGÉTICA

As terapias corporais tiveram início com os trabalhos de Wilhelm Reich, discípulo de Freud, quando este acrescentou à psicanálise a observação de aspectos referentes ao corpo como a expressão facial, o olhar, o tom de voz, a tensão muscular e principalmente, a respiração.

A teoria reichiana une princípios fundamentais da psicanálise com processos biológicos, oferecendo uma idéia de interação entre corpo e mente.

Para Reich, a história de vida de uma pessoa está impressa em seu corpo e esses registros se dão por bloqueios no fluxo de uma energia bioelétrica denominada "*orgone*" ou "*bioenergia*", provocando de forma inconsciente, uma tensão crônica em grupos musculares. Essa tensão é responsável por uma respiração superficial e de pouca oxigenação, resultando

num rebaixamento do nível de energia da pessoa e, conseqüentemente, num aspecto de desvitalização.

Seguidor da teoria reichiana, Alexander Lowen criou a *Bioenergética*, que tem como principais focos a respiração e o fluxo da energia corporal, permitindo melhor expressão das emoções e a conseqüente revitalização do corpo e da mente. Lowen ofereceu inúmeras contribuições à terapia corporal. Entre elas, o desenvolvimento de exercícios para favorecer o fluxo bioenergético, a criação do "*Stool*" (banco usado para expandir a respiração) e a introdução do conceito de "*Grounding*", referindo-se ao contato energético com a realidade.

De acordo com essa abordagem, quando a depressão não resulta de problemas orgânicos (lesões cerebrais, alterações hormonais, ...), ela tem origem na não expressão de sentimentos. Mesmo que se apresente com mais clareza em outras fases da vida, essa inibição normalmente tem suas bases na infância, quando a livre expressão das emoções é recebida com desaprovação, punições e atitudes autoritárias, gerando sentimentos de inadequação, humilhação e rejeição. A freqüente inibição da manifestação emocional provoca contração muscular, culminando na tensão crônica que impede o fluxo energético, causando a diminuição da expressividade do corpo. A parte emocional desta situação envolve o sentimento de perda do afeto do adulto amado e também da fé nas pessoas e em si mesma, favorecendo o surgimento da depressão.

Entre as manifestações emocionais freqüentemente reprimidas na infância, uma das que mais se aproxima da depressão é a raiva. Quando a expressão deste sentimento é

contida, fortes contrações musculares são observadas, promovendo todo o processo de adoecimento já descrito.

ABORDAGEM EXISTENCIAL

O existencialismo tem suas bases no campo da filosofia. Os questionamentos de diversos pensadores sobre a natureza humana levam a reflexões sobre conflitos existenciais, relacionados com o sentido da vida, a busca da felicidade, a finitude humana e a angústia diante da morte, que podem favorecer um estado melancólico e culminar em depressão.

Um dos conflitos mais marcantes no deprimido é a busca de sentido existencial, sendo que a manifestação desse conflito extrapola o campo filosófico, permeando a psicologia, as religiões e a literatura. Abaixo, estão algumas frases memoráveis que expressam o conflito e a busca de sentido existencial:

- *Jean-Paul Sartre*: filósofo francês (1905-1980)

  "A felicidade não está em fazer o que a gente quer e sim, em querer o que a gente faz."

  "Existir é isso, beber a si próprio sem sede."

  "Não importa o que fizeram de nós, mas o que faremos daquilo que fizeram de nós."

  "Somente quem não está remando tem tempo para balançar o barco."

- *Matthew Arnold*: poeta americano (1822-1888)

  "A vida não é ter e obter. É ser e tornar-se."

- *Buda*: líder religioso indiano (563-483 a.C.)

  "A vida não é uma pergunta a ser respondida. É um mistério a ser vivido."

- *Carlos Drummond de Andrade*: poeta brasileiro (1902-1987)

  "O sentido da vida é buscar qualquer sentido."

- *Friedrich Nietzsche*: filósofo alemão (1844-1900)

  "Aquele que tem um porquê para viver pode suportar quase qualquer como."

- *Sócrates*: filósofo grego (470-399 a.C.)

  "Tudo o que sei é que nada sei."

- *René Descartes*: filósofo francês (1596-1650)

  "Penso, logo existo."

- *Miguel de Unamuno*: filósofo espanhol (1864-1936)

  "O homem vive de razão e sobrevive de sonhos."

- *Bertrand Russel*: filósofo galês (1872-1970)

> "Ensinar como viver com incerteza, mas sem ser paralisado pela hesitação, é talvez a principal coisa que a filosofia pode fazer."

- *Viktor Emil Frankl*: neurologista e psiquiatra austríaco (1905-1997)

> "A busca da pessoa por um sentido é a motivação primeira em sua vida."

> "Liberdade é estar livre para e não livre de."

> "O ser humano é capaz de viver e até de morrer por seus ideais e valores."

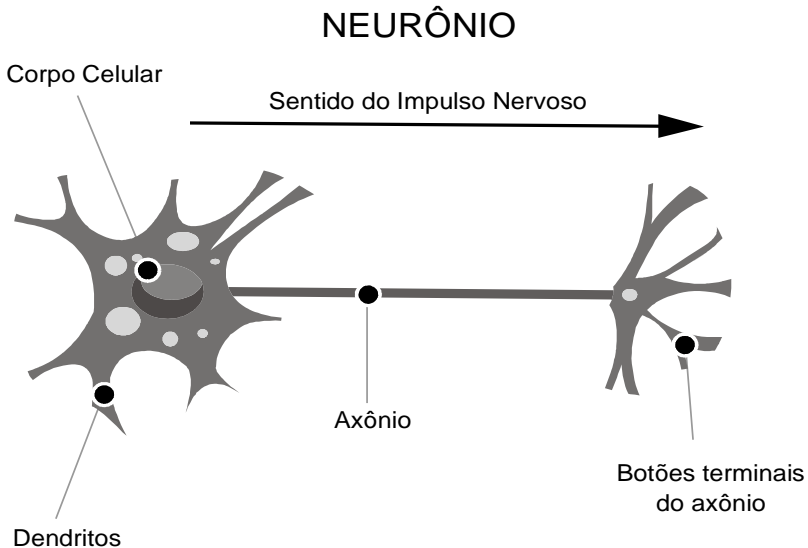
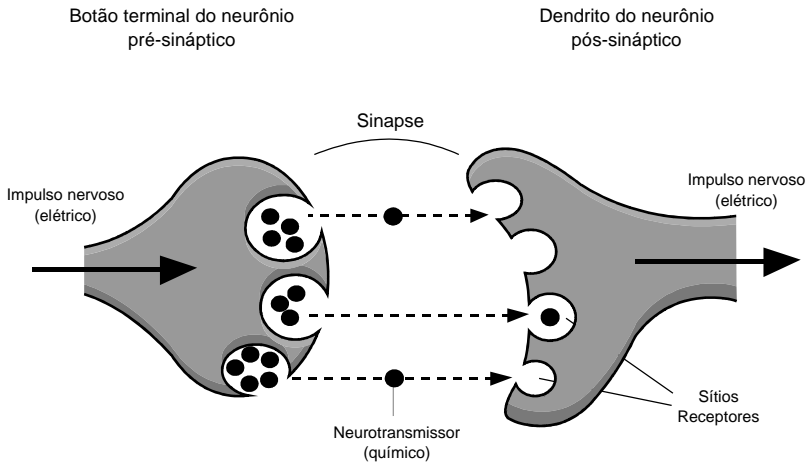
Dentre as teorias existencialistas, será destacada aqui a *logoterapia*. Criada por Viktor Frankl, é considerada uma psicoterapia centrada no sentido da existência humana. Esse constructo teórico-prático baseia-se na idéia de que a busca de sentido para a vida é a mola propulsora do caminhar humano.

A logoterapia relaciona sentido com realização, sendo ele dinâmico e vinculado a um determinado momento, de forma a ser vivenciado com engajamento, liberdade e responsabilidade pelas escolhas feitas.

Dentro dessa concepção, o vazio existencial surge da ausência de sentido e a falta deste torna o Ser infeliz, intolerante e confuso, além de provocar baixa auto-estima e depressão.

FATORES ORGÂNICOS

NEUROTRANSMISSÃO

A atividade cerebral se dá pela estimulação dos neurônios, através de impulsos nervosos, que percorrem o axônio em direção aos botões terminais (ou botões axônicos), estimulando a secreção de substâncias químicas denominadas *neurotransmissores*, capazes de estimular ou inibir a ação neuronal.

Para que ocorra a transmissão do estímulo nervoso, o neurotransmissor flui por uma pequena lacuna que separa o botão terminal de um neurônio dos dendritos ou do corpo do neurônio seguinte, denominada *sinapse*. O neurotransmissor liberado pelo neurônio pré-sináptico liga-se a um receptor do neurônio pós-sináptico, fazendo com que este dispare um novo estímulo elétrico que percorrerá o axônio em direção ao próximo neurônio da cadeia, dando continuidade à transmissão. O neurotransmissor, então, volta à fenda sináptica, podendo ser recaptado para uso futuro ou quebrado por ação da enzima monoaminoxidase (MAO). O processo pelo qual o impulso nervoso percorre o neurônio é elétrico e quando percorre a sinapse, é químico.

Fonte: Adaptado de Holmes (2001), pág. 50, figura 2.5.

Na fisiopatologia da depressão, observa-se uma falha na transmissão sináptica, sendo que alguns neurônios pós-

sinápticos não disparam o impulso elétrico que daria continuidade à transmissão.

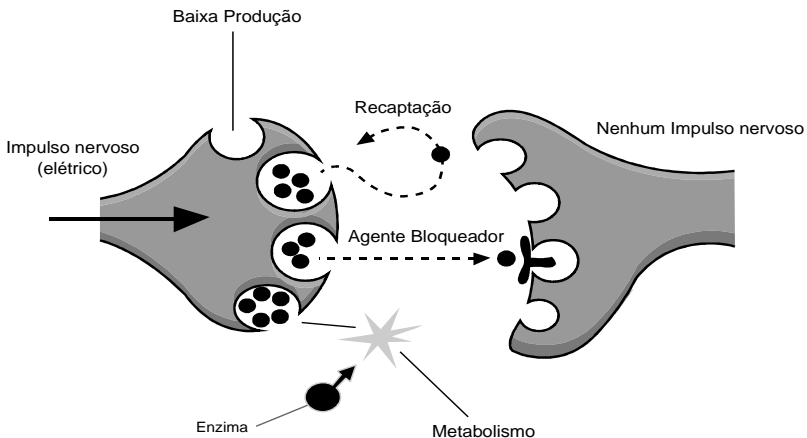
Atualmente são consideradas cinco hipóteses para explicar a falha na transmissão sináptica. Essa falha pode estar relacionada com: níveis ou quantidades de neurotransmissores presentes nas sinapses, presença de agentes bloqueadores, presença de neurônios inibidores, baixa sensibilidade neuronal e número de sítios receptores.

- Um dos fatores considerados nos quadros depressivos é a *baixa quantidade de neurotransmissores nas sinapses*. Isso pode ocorrer devido a três situações distintas: baixa produção de neurotransmissores, excessiva destruição de neurotransmissores por ação enzimática (metabolismo) e recaptação dos neurotransmissores antes que eles estimulem o neurônio pós-sináptico.

- Outro fator que pode influenciar a neurotransmissão é a presença de substâncias químicas com estrutura semelhante à dos neurotransmissores, porém , incapazes de fazer disparar o neurônio seguinte por não se encaixarem perfeitamente nos sítios receptores. Essas substâncias são chamadas *agentes bloqueadores* e obstruem o acesso dos neurotransmissores aos receptores do neurônio pós-sináptico.

- Uma outra situação é a atividade de *neurônios inibidores*. Tais neurônios interferem na sinapse de outros dois neurônios e sua atividade reduz as chances de o neurônio pós-sináptico disparar.

- Outra hipótese, bastante considerada atualmente, é a possível alteração da *sensibilidade dos receptores* do neurônio pós-sináptico. Essa hipótese está ligada à lenta ação terapêutica dos antidepressivos. Supõe-se que, dependendo do tempo de uso dos medicamentos, a sensibilidade dos neuroreceptores pode ser alterada.

- A neurotransmissão também pode ser influenciada pelo *número de receptores* do neurônio pós-sináptico. Os neuroreceptores são proteínas que têm sua quantidade regulada por síntese e degradação. O número de receptores tende a diminuir com o avanço da idade, o que parece justificar o alto índice de depressão na terceira idade.

Fonte: Adaptado de Holmes (2001), pág. 51, figura 2.6.

As hipóteses que têm como foco os neurotransmissores têm prevalecido nas últimas décadas e são a base dos atuais tratamentos farmacológicos. No entanto, após a constatação de que os níveis de neurotransmissores

aumentam aproximadamente três horas após terem sido ingeridos os medicamentos e a melhora nos sintomas só se dá de duas a três semanas após o início do tratamento farmacológico, muitos estudiosos passaram a considerar também possíveis alterações na ação dos neuroreceptores.

De uma forma ou de outra, sabe-se que na depressão existe uma alteração de componentes envolvidos no processo de transmissão do estímulo nervoso. Como causas dessas alterações, são apontados fatores genéticos que predisporiam a pessoa a ter baixa produção de neurotransmissores, fatores estressantes e questões psicológicas, envolvendo pensamentos e emoções capazes de provocar alterações fisiológicas.

BAIXO NÍVEL DE NUTRIENTES

Entre as possíveis causas endógenas (orgânicas) da depressão, está a redução nos níveis de nutrientes envolvidos na síntese de neurotransmissores. Essa deficiência nutricional, abordada pela medicina ortomolecular, tem sido observada em alguns pacientes deprimidos.

Destacam-se, entre esses nutrientes, alguns aminoácidos e as vitaminas do complexo B. Essas e outras substâncias envolvidas na nutrição celular, assim como suas funções, estão melhor relacionadas no item sobre tratamento ortomolecular.

ALTERAÇÕES HORMONAIS

Outro fator considerado na determinação de quadros depressivos é a alteração no funcionamento de algumas

glândulas, comprometendo o sistema endócrino e provocando alterações neurofisiológicas.

- Hormônios da Tireóide:

Entre as ações dos hormônios T3 e T4 está a influência no Sistema Nervoso Central, de forma a regular ações reflexas e o período de vigília. O baixo nível desses hormônios (hipotireoidismo) pode provocar sono excessivo, letargia e lentidão no pensamento. Algumas pessoas deprimidas apresentam disfunção da tireóide.

- Hormônios Supra-renais:

As glândulas supra-renais são responsáveis por funções importantes como o metabolismo, a imunidade do organismo e a reação ao estresse. O alto nível de *cortisol* provoca alterações no equilíbrio neuroquímico, aumentando o risco de depressão.

- Hormônios Sexuais:

As mulheres têm maior tendência à depressão que os homens numa proporção de aproximadamente dois por um e um dos fatores que parecem responder por essa diferença é o e*strogênio*. A fase pré-menstrual, o período pós-parto e a menopausa são contextos em que freqüentemente se observa o desenvolvimento de quadros depressivos e nessas situações percebe-se uma baixa nos níveis de estrogênio.

- Hormônios envolvidos na reação ao estresse:

Entre as reações orgânicas desencadeadas por situações estressantes está a liberação do hormônio *cortisol*, na corrente sanguínea, pelas glândulas supra-renais (adrenais). Esse fator parece ser a ligação entre o estresse e a depressão,

já que alguns pacientes deprimidos apresentam níveis elevados de cortisol.

Diante de uma situação percebida como ameaçadora, o hipotálamo libera o *Hormônio Liberador de Corticotropina* (CRH). Esse hormônio estimula a liberação do *Hormônio Adrenocorticotrópico* (ACTH) pela hipófise, sendo lançado na corrente sanguínea de forma a atingir as glândulas supra-renais e provocar a liberação de cortisol (hormônio do estresse) pelo córtex adrenal. Esse processo é conhecido como a resposta do *eixo hipotálamo-hipófise-adrenal* (HPA) ao estresse.

Acredita-se que essa resposta do organismo possa influenciar a neurotransmissão. Estudos feitos com animais revelaram que os níveis de neurotransmissores reduziram quando aqueles foram submetidos a estressores como calor, choque-elétrico, ruídos e isolamento social. Observou-se que a diminuição dos níveis de neurotransmissores se intensificava com o aumento da intensidade dos fatores estressores.

INFLUÊNCIA DE ASPECTOS SAZONAIS

Entre as formas de depressão, existe a "sazonal". Essa denominação refere-se à influência de aspectos climáticos que acompanham as estações do ano.

Em alguns países, principalmente os de maior latitude, os índices de depressão tendem a crescer no inverno. Esse fato parece estar ligado à baixa iluminação solar que provoca o aumento do hormônio *melatonina*, que tem funções ligadas à sensação de cansaço e ao sono. Quando esse hormônio

se apresenta em altos níveis, pode causar o rebaixamento do humor.

LESÕES CEREBRAIS

A depressão pode ter origem na impossibilidade de algumas estruturas cerebrais executarem suas funções. Acidentes ou agressões que resultem em traumatismo craniano podem influenciar a ação de neurônios localizados no *tronco cerebral*.

Nessa região, pode haver comprometimento da *hafe*, encarregada da produção de serotonina, e do *locus ceruleus*, que produz a noradrenalina, levando ao desequilíbrio neuroquímico que afetará a neurotransmissão, podendo resultar no surgimento da depressão.

FATORES GENÉTICOS

Estudos têm demonstrado que a depressão pode estar acompanhada da influência de fatores genéticos. Sabe-se que pessoas que têm parentes em primeiro grau (pai, mãe, irmãos ou avós) com histórico de depressão, têm maior probabilidade de apresentar o problema. Filhos de pai ou mãe com depressão têm três vezes mais chances de apresentar a doença do que pessoas sem histórico na família. Os índices aumentam quando o pai e a mãe sofrem do transtorno. Existem teorias que explicam tal situação em função das relações interpessoais do grupo familiar, considerando o ambiente como o fator de maior relevância.

Entretanto, pesquisas feitas com gêmeos e adotados confirmam a existência de uma predisposição genética. Gêmeos idênticos foram comparados com gêmeos fraternos em relação à depressão e os resultados revelaram que a probabilidade de os gêmeos fraternos compartilharem a doença é de aproximadamente 20%, enquanto nos gêmeos idênticos, o índice sobe para algo em torno de 60%.

Outros estudos abordaram pessoas adotadas e apresentaram evidências de que aquelas que tinham pais biológicos com histórico de depressão tinham mais chances de desenvolver o transtorno do que aquelas que tinham pais biológicos sem histórico de depressão.

O fato de que os estudos com gêmeos idênticos não revelam 100% de compartilhamento da doença colabora para o fortalecimento da hipótese de que a depressão seja causada por uma interação de vários fatores, envolvendo aspectos orgânicos, psicológicos, ambientais e espirituais.

SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS

Sabe-se que o abuso de substâncias químicas como álcool, drogas e tabaco pode ser movido por questões emocionais relacionadas com fatores bio-psico-sociais. Entre essas questões está a depressão.

Contudo, aspectos cerebrais observados nos quadros de dependência química confirmam que a relação inversa também pode ocorrer, isto é, a depressão pode ser produzida por alterações neuroquímicas decorrentes do uso de tais substâncias.

Drogas, álcool e tabaco:

Estudos comprovam a participação do chamado *sistema mesolímbico de recompensa* nos quadros de adicção. Esse sistema está relacionado com a ação de neurotransmissores como o GABA, a dopamina e a serotonina.

Durante o período de abstinência, observa-se a redução das neurotransmissões que envolvem a dopamina e a serotonina. Esse fato sugere a presença da depressão no período em que o adicto se abstém do uso da substância. Entretanto, algumas drogas como a cocaína, podem provocar sintomas de angústia e depressão logo após o término do efeito estimulante.

De acordo com pesquisas desenvolvidas em 2001, pela Secretaria Nacional Anti-Drogas, 11% dos brasileiros são dependentes de bebidas alcóolicas, 9% de tabaco e 1% de maconha. Essa pesquisa envolveu pessoas de 12 a 65 anos e os resultados não incluem pessoas que fazem uso esporádico de tais substâncias.

No caso do tabagismo, estudos revelam que o tabaco contém substâncias que podem afetar o funcionamento da glândula tireóide. Algumas dessas substâncias, denominadas *tiocianatos*, causam o impedimento da captação de iodo pela tireóide, resultando na alteração da produção hormonal e no quadro de hipotireoidismo, sendo este último relacionado com alguns casos de depressão.

Outra questão que sugere a relação entre o tabagismo e a depressão é a dependência causada pela nicotina que, na situação de abstinência, provoca sintomas como irritabilidade, ansiedade, rebaixamento do humor, distúrbios de sono e de apetite.

Efeito colateral de medicamentos:

É comum que o aparecimento de sintomas depressivos seja concomitante ao uso de determinados medicamentos. Fatores como a ação e o tempo de uso de alguns fármacos podem provocar alterações no humor e sugerir um quadro depressivo.

Não se trata de uma causa propriamente dita, mas de um fator químico que pode levar a um diagnóstico equivocado, exigindo investigação criteriosa na avaliação clínica.

Entre os medicamentos capazes de provocar sintomas semelhantes aos da depressão estão alguns esteróides, tranqüilizantes, sedativos, pílulas para dormir, pílulas para emagrecer, anti-histamínicos, diuréticos, antibióticos, antipsicóticos, anticonvulsivos, pílulas anticoncepcionais, antiinflamatórios, broncodilatadores, medicamentos para ansiedade, pressão alta e câncer, entre outros.

A hipótese da interferência de substâncias químicas na alteração do humor deve ser sempre investigada e descartada antes de se propor qualquer tratamento antidepressivo.

FATORES ESPIRITUAIS

AS BASES CIENTÍFICAS DOS FATORES ESPIRITUAIS

Os fatores espirituais aqui abordados têm por base os conhecimentos difundidos pela doutrina kardecista. Considerando que muitos leitores não estejam familiarizados com o conhecimento espírita, sua essência e a terminologia utilizada, será feita uma pequena síntese dos principais aspectos doutrinários, para que se torne mais compreensível a argumentação aqui desenvolvida.

Desde a antiguidade, o ser humano, em diferentes culturas, vem estabelecendo algum tipo de comunicação espiritual. Porém, até o século XIX os fenômenos espirituais não haviam sido estudados de forma criteriosa, recebendo até então o rótulo de sobrenaturais ou mesmo sendo associados à possibilidade de perturbações mentais.

No século XVIII, surgiram fatos e pessoas que preparariam o desenvolvimento da Doutrina Espírita. Entre os precursores desse movimento, estava o engenheiro sueco Emmanuel Swedenborg (1688-1772), que afirmava ver

espíritos e conversar com eles, em plena consciência. Ainda nessa época, temos o médico Franz Anton Mesmer, reconhecendo a possibilidade de cura através do magnetismo.

No entanto, foi no século XIX que os fenômenos espirituais se intensificaram. Em 1848, surgiram no vilarejo de *Hydesville*, Condado de Wayne, Estado de Nova York, nos Estados Unidos da América, fenômenos que indicavam a manifestação de forças inteligentes agindo no plano físico. Eram pancadas que ocorriam na casa da família Fox. Em 31 de março de 1848 houve o primeiro diálogo com o espírito provocador dos ruídos, através da convenção de que determinado número de pancadas corresponderia a uma letra específica do alfabeto. Tratava-se de uma espécie de "*telegrafia espiritual*" que revelou a identidade de *Charles Rosna*, um vendedor ambulante que fora assassinado e sepultado no porão da casa da família.

Os fenômenos atraíam curiosos e estudiosos e em 1850, a enorme repercussão levou a família Fox a realizar as sessões públicas no hotel Barnum, em Nova York.

Observava-se o fenômeno conhecido como "*mesas girantes*". Essa denominação surgiu em função do efeito físico das comunicações, que envolvia o fato de mesas levantarem-se, apoiando-se apenas sobre um dos seus pés para responderem às perguntas feitas pelos participantes, movendo-se em todos os sentidos e girando sob os dedos dos participantes, às vezes elevando-se no ar.

Entre os anos de 1853 e 1855, as "*mesas girantes*" reuniram curiosos, críticos e renomados pesquisadores, tornando-se também, motivo de diversão nas reuniões sociais.

Os fenômenos ganharam repercussão na Europa e em 1854 chegaram ao conhecimento do professor *Hippoliyte Léon Denizard Rivail*. Nascido em 1804, na cidade de Lion, na França, numa família tradicional de magistrados e professores, *Hippolyte* realizou seus estudos no renomado Instituto Pestallozi, em Yverdon, na Suíça. Dotado de notável inteligência, desde os 14 anos ensinava aos discípulos menos adiantados aquilo que aprendia.

Após terminar seus estudos, foi para Paris, sendo reconhecido como conceituado mestre em ciências e letras. Como pedagogo, foi divulgador do método de Pestallozi, apresentou propostas para a reforma do ensino francês e publicou numerosos livros didáticos nas áreas de matemática e gramática, além de estabelecer programas para cursos de física, astronomia e fisiologia.

Quando tomou conhecimento dos *fenômenos de Hydesville*, o professor Rivail reagiu inicialmente de forma cética. Apesar de seus estudos sobre magnetismo, seu senso de pesquisador o levou a buscar explicações mais profundas e convincentes para os fatos divulgados pela imprensa francesa. Passou então, a participar das reuniões em que eram observados os fenômenos, concluindo que se tratava

efetivamente de manifestações inteligentes de espíritos de pessoas que já haviam “morrido”. Em 1856 recebe a revelação de sua missão junto à difusão dos conhecimentos sobre a realidade espiritual.

Desta forma, o professor Rivail inicia o trabalho de codificação da Doutrina Espírita, utilizando-se de mensagens colhidas por ele e por outras pessoas. De início, utilizou as formas convencionais da época para se desenvolverem as comunicações. Além da movimentação das mesas, eram também usadas cestas, nas quais se amarrava firmemente um lápis e ao toque dos participantes, a cesta se movia de acordo com a vontade do espírito que se comunicava. Posteriormente, percebeu-se que a cesta poderia ser substituída pela mão do pesquisador, que usava diretamente o lápis e escrevia de forma involuntária, atendendo às determinações do espírito.

Adotando o pseudônimo de Allan Kardec, o codificador da doutrina espírita escreveu, entre outras , as 5 obras básicas, conhecidas como o pentateuco kardequiano:

1) “*O Livro dos Espíritos*” (1857), que trata da imortalidade da alma, da natureza dos espíritos e das leis morais, além da vida presente e futura.
2) “*O Livro dos Médiuns*” (1861), que aborda as formas de comunicação com o mundo espiritual, o desenvolvimento da mediunidade e as dificuldades encontradas na prática mediúnica.
3) “*O Evangelho Segundo o Espiritismo*” (1864), oferecendo uma explicação espírita para as questões morais apontadas pelo Cristo.
4) “*O Céu e o Inferno*” (1865), abordando a passagem da vida corporal para a vida espiritual e a questão dos anjos e

demônios, além das conseqüências das posturas adotadas pelas pessoas durante a encarnação.

5) "*A Gênese*" (1868), envolvendo temas como a gênese orgânica, a gênese espiritual, a formação da Terra, as transformações do planeta, os milagres e as predições.

Durante o desenvolvimento da Doutrina dos Espíritos, no século XIX, inúmeros pesquisadores altamente conceituados no meio científico participaram de estudos dos diversos fenômenos mediúnicos que se apresentavam por vários lugares do mundo, constatando a veracidade dos fatos. Muitos desses cientistas publicaram obras sobre os fenômenos observados.

Entre os pesquisadores que mais se destacaram, podemos citar:

- O físico-químico inglês *William Crookes* (1832-1919).
- O engenheiro eletricista francês *Gabriel Delanne* (1857-1926).
- O engenheiro francês *Albert de Rochas* (1837-1914).
- O médico francês *Gustave Geley* (1868-1924).
- O astrônomo francês *Camille Flammarion* (1842-1925).
- O fisiologista francês *Charles Richet* (1850-1935).
- O nobre russo *Alexander N. Asksakof* (1832-1903).
- O professor universitário italiano *Ernesto Bozano* (1861-1943).
- O médico e criminalista italiano *César Lombroso* (1835-1909).

Entre os inúmeros médiuns que marcaram os séculos XIX e XX, temos:

- O americano *Andrew Jackson Davies* (1826-1910), que era médium ouvinte, clarividente e psicógrafo. Podia fazer diagnóstico psíquico de várias enfermidades.

- O escocês *Daniel Dunglas Home* (1833-1866), que entre outros fenômenos, produzia levitação e materializações. Podia segurar uma brasa sem se queimar ou sentir dor.

- O brasileiro *Francisco Peixoto Lins* (1905-1966), produzindo materializações de espíritos e efeitos físicos.

- O português *Fernando de Lacerda* (1865-1918), recebendo mensagens psicografadas e comprovadamente autênticas de diversas personalidades como Eça de Queiroz, Camilo Castelo Branco, Napoleão, Allan Kardec, Victor Hugo, entre outros.

- A italiana *Eusápia Palladino* (1854-1918), que podia produzir fenômenos de materialização de espíritos, levitação, aparição de luzes e sons.

- O americano *Edgar Cayce* (1877-1945), que embora nunca tivesse cursado medicina, tendo estudado apenas até o nível secundário, podia fazer diagnósticos vendo a doença durante um estado de transe e sugerir procedimentos de cura.

- A inglesa *Florence Cook* (1856-1904), ouvindo espíritos e produzindo efeitos físicos, levitação e materializações.

- O brasileiro *José Pedro de Freitas* – Arigó (1922-1971), que produzia curas através de cirurgias em que usava tesouras e canivetes não esterilizados e sem anestesia. Afirmava ser dirigido pelo espírito Dr. Fritz. Executou milhares de intervenções cirúrgicas de toda natureza.

- O brasileiro *Francisco Cândido Xavier* – Chico Xavier (1910-2002), conhecido como o maior médium psicógrafo do mundo, tendo intermediado a escrita de mais de 400 obras, assinadas por diversos autores espirituais, em diferentes temas e estilos literários: romances, poesias, contos, crônicas, história, ciência, religião, filosofia, literatura infantil, etc.

- O brasileiro *Divaldo Pereira Franco* (1927), que, ainda em atividade no ano de 2010, é conhecido por suas mediunidades psicofônica e psicográfica, tendo proferido mais de 10.000 conferências, realizadas em mais de 60 países. Intermediou psicograficamente mais de 150 livros, sendo que 70 desses já foram transcritos para outros 15 idiomas.

Atualmente, a literatura espírita conta com milhares de obras escritas por grandes estudiosos e por inúmeros médiuns que trabalham no campo da psicografia, servindo de instrumentos para que os espíritos possam fazer circular entre nós os ensinamentos sobre as leis que regem a vida. De forma esclarecedora, tratam de temas que permeiam a existência do ser humano. Entre eles estão: reencarnação, obsessão, mediunidade, conduta moral, mundo espiritual, evolução espiritual, carmas, questões psicológicas, evolução do planeta Terra, vida em família, aborto, suicídio, amor e fé, sempre pautados pelos ensinamentos do Cristo.

Como base para as reflexões desta obra, é importante ressaltar alguns conceitos básicos da doutrina espírita:

- *Evolução espiritual*: Transformação ou aperfeiçoamento de idéias e atitudes. Progresso do espírito na conquista de qualidades morais e intelectuais, ao longo de sucessivas encarnações.

- *Espíritos*: Seres incorpóreos, dotados de inteligência, que povoam o universo fora do plano material, isto é, no plano espiritual. Estão classificados basicamente em três estágios: espíritos puros ou de primeira ordem, que já atingiram a perfeição; os de segunda ordem, nos quais predomina o desejo do bem; os de terceira ordem, prevalecendo o desejo do mal e as paixões que retardam o progresso.

- *Alma*: Freqüentemente, este termo é utilizado para se referir ao espírito encarnado.

- *Perispírito*: Corpo semi-material, que serve de envoltório, oferecendo forma ao espírito propriamente dito. Tem também a função de intermediar a ligação entre o espírito e o corpo físico. Alguns autores usam outras denominações como: *duplo etéreo, corpo espiritual* ou *corpo fluídico*.

- *Reencarnação*: Lei natural que consiste no retorno do espírito ao mundo material, num novo corpo, a fim de se aperfeiçoar intelectual e moralmente. Nesse processo, que pode ocorrer inúmeras vezes até que se conquiste o aprendizado, o espírito não perde sua individualidade

(identidade espiritual), experimentando apenas um esquecimento momentâneo de suas vivências passadas e a estruturação de uma nova personalidade que irá se somar às experiências pregressas.

- *Provas:* Situações que podem envolver dor e sofrimento, colocando à prova o equilíbrio moral, a resignação, a perseverança e a fé, gerando experiência e aprendizado.

- *Expiações:* Ato de reparação. Esforço ou sofrimento pelo qual se tem a oportunidade de quitar débitos contraídos pela má conduta do passado. A expiação pode se dar no mundo material ou no mundo espiritual, podendo ainda ser de natureza voluntária ou compulsória, de acordo com o nível de consciência ou rebeldia do espírito errante.

- *Obsessão:* Ação de obsediar. Refere-se à perseguição ou ação persistente de um espírito com características morais inferiores, apesar do potencial intelectual, influenciando de forma perturbadora os pensamentos e atos de alguém (encarnado ou desencarnado). Ocorre em três níveis distintos, diferenciados pelo grau de constrangimento e pelos efeitos que produz: *obsessão simples*, *fascinação* e *subjugação*. Na obsessão simples, o obsediado sente-se importunado moral, física e psicologicamente pelo espírito obsessor. Na fascinação, o obsidiado produz uma ilusão de forma a lhe comprometer o raciocínio. Já na subjugação, a pessoa é levada a tomar atitudes absurdas e a ação espiritual pode se dar na região motora do cérebro, provocando movimentos involuntários. A vinculação entre obsessor e obsediado não deve ser entendida como se fossem algoz e vítima, uma vez que o processo obsessivo

se dá por sintonia mental. São mentes que produzem pensamentos de mesmo nível vibratório.

- *Mediunidade:* Faculdade que permite o intercâmbio entre o mundo espiritual e o mundo material. Todos os encarnados a possuem na sua forma *intuitiva*, captando conselhos edificantes ou sugestões inferiores de desencarnados. Porém, a mediunidade considerada *ostensiva*, é experimentada por um número reduzido de pessoas, em diferentes modalidades. Entre as manifestações mediúnicas ostensivas, temos:

-*Psicografia*: É a capacidade de escrever uma mensagem transmitida por algum espírito. Nessa classificação temos os médiuns mecânicos (o impulso da mão independe da vontade), semi-mecânicos (é semelhante ao mecânico porém, o médium tem consciência do que escreve) e intuitivos (o espírito age sobre o pensamento do médium).

-*Efeito físico*: manifestações físicas, como mover objetos sem tocá-los, produzir sons e levitações.

-*Audiência*: faculdade que permite ao médium ouvir a voz de espíritos, ou sons provenientes do mundo espiritual.

-*Psicofonia*: Faculdade também conhecida como incorporação, podendo se manifestar de forma consciente (intuitiva) ou inconsciente, com a ação do espírito diretamente nas cordas vocais do médium.

-*Clarividência*: Capacidade de ver espíritos ou de observar fatos a distância.

-*Cura*: Faculdade mediúnica que permite curar por influência magnética.

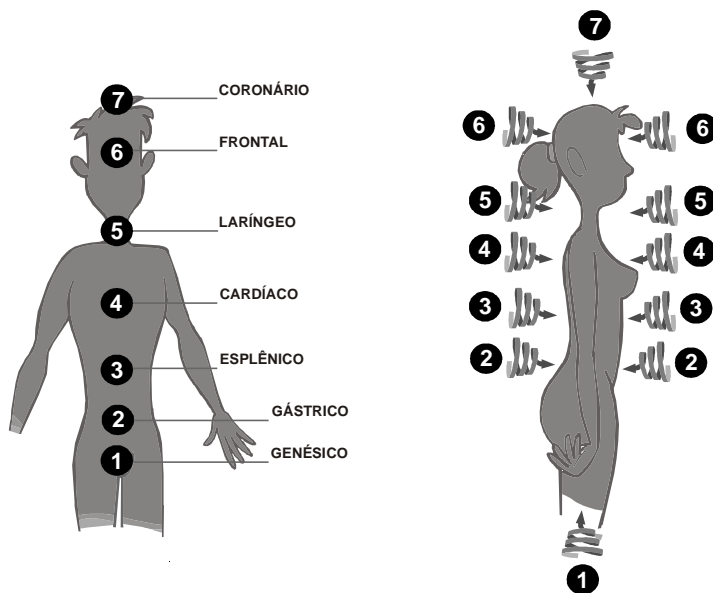
- *Água fluidificada*: Água com propriedades medicamentosas, obtida pela magnetização da água potável através da associação da vontade do médium e do espírito. Com a fluidificação, a água sofre alterações em suas moléculas, tornando-se capaz de agir diretamente no perispírito que, por sua vez, exerce influência sobre o corpo físico, promovendo o reequilíbrio das funções orgânicas e a cura. Pode-se obter a água fluidificada também pela ação da prece.

- *Passe*: Transfusão de energias psíquicas através da imposição das mãos sobre a pessoa que a recebe. A veiculação da energia depende do desejo do médium passista de doar-se a seu semelhante, de forma que é potencializada pela ação espiritual, adentrando o corpo físico e espiritual do receptor, renovando-lhe o campo energético. O passe ocorrido nessa situação é denominado *magnético-espiritual*. Pode também ser do tipo *magnético*, usando esclusivamente as energias do magnetizador encarnado, ou *espiritual*, quando o fluxo de energia provém diretamente da ação de espíritos desencarnados, sem a presença de um médium.

- *Centros vitais (Chakras)*: São centros de energia localizados no perispírito, agindo sobre o corpo físico com o propósito da manutenção do equilíbrio funcional do

organismo. Alguns autores usam a denominação “Chakras”, como usada pelos hindus, significando “roda” em sânscrito, visto que se apresentam na forma de rodas ou vórtices de energia. Têm a aparência de pequenos círculos de aproximadamente 5 centímetros que giram incessantemente, fazendo fluir a energia do espírito em direção ao corpo físico e vice-versa. Os centros vitais podem se ampliar e apresentar maior intensidade luminosa de acordo com a condição vibratória da pessoa, isto é, de acordo com a energia produzida por seus pensamentos e sentimentos.

OS CHAKRAS

São sete os principais centros de energia do corpo espiritual:

Existem opiniões distintas em relação à denominação e às funções atribuídas aos chakras. A nomenclatura e a seqüência aqui utilizadas seguem as informações oferecidas pelo espírito André Luiz na obra *Evolução em Dois Mundos*, psicografada por Francisco Cândido Xavier.

1º) *Genésico (Muladhara)*: Situado na base da espinha dorsal, está associado às gônadas, à coluna vertebral, ao poder criador da energia sexual e às funções básicas de manutenção da vida como as situações de luta e fuga. Quando em desequilíbrio pode provocar descontrole de aspectos instintivos e sexuais.

2º) *Gástrico (Svadhisthana)*: Situado entre o púbis e o umbigo, está associado aos processos de digestão e absorção de nutrientes. Seu desequilíbrio se manifesta no corpo na forma de distúrbios metabólicos e digestivos.

3º) *Esplênico (Manipura)*: Situa-se na altura do baço. É considerado a casa do Ego, por estar associado à forma como a pessoa se relaciona com ela mesma, reconhecendo ou não seu valor pessoal. Entre outros órgãos, esse centro rege o pâncreas, o fígado e baço. Influencia o sistema hemático e os níveis de glicose no sangue. Emocionalmente, o desequilíbrio deste chakra pode estar relacionado com timidez, egoísmo, narcisismo, egocentrismo, raiva, medos e baixa auto-estima.

4º) *Cardíaco (Anahata)*: Localizado na altura do coração, está relacionado com os sentimentos e as emoções. A glândula regida por esse centro é o timo. Quando em desequilíbrio, favorece problemas no sistema

imunológico, bronquite, distúrbios circulatórios e cardíacos. No campo emocional, a desarmonia deste chakra revela problemas afetivos e a sensação de vazio.

5º) *Laríngeo (Vishuddha)*: Situado na região da garganta, controla os mecanismos da fonação e da respiração. Está associado à capacidade de expressão verbal e influencia a glândula tireóide. O desequilíbrio desse centro revela problemas relacionados ao hipertireoidismo (agitação, nervosismo, emagrecimento, problemas cardíacos, ...) e ao hipotireoidismo (indisposição, raciocínio lento, ...), além de gagueira e doenças relacionadas à garganta.

6º) *Frontal ou Cerebral (Ajna)*: Situado entre as sobrancelhas, governa o cérebro, os órgãos dos sentidos e processos intelectuais. A glândula regida pelo centro cerebral é a hipófise, ou pituitária, responsável por regular a atividade de diversas glândulas do corpo. Esse centro é mais ativo em pessoas com maior grau de espiritualização. Exerce influência sobre todos os centros situados abaixo dele. As manifestações físicas do desequilíbrio desse centro energético são graves alterações fisiológicas, comprometendo todo o funcionamento do organismo. Também observa-se medo do futuro, pensamentos negativos, alterações no sono, problemas de memória e perturbações mentais.

7º) *Coronário (Sahashara)*: Localizado no topo da cabeça, é o primeiro a receber os estímulos do espírito, fazendo fluir a comunicação por todos os demais centros. É também o último a ser desligado no momento da

desencarnação. Relaciona-se com a glândula pineal, ou epífise, ainda pouco conhecida pela medicina convencional, portadora da função de estabelecer sincronia entre o Ser e o universo, regulando ciclos hormonais e outros ciclos biológicos. Entre seres espiritualmente superiores, esse centro irradia grande luminosidade. A desarmonia desse chakra compromete a sintonia da pessoa com a espiritualidade, favorecendo comportamentos excessivamente materialistas.

MATERIALISMO

O comportamento materialista tem um vínculo indireto com a depressão. Todas as pessoas precisam se preocupar com o que vão comer, o que vão vestir, onde vão morar, enfim, como irão conseguir recursos para cuidar da vida material. Afinal, nosso corpo é o instrumento que sustenta a valiosa oportunidade de crescimento no plano da matéria. No entanto, quando a pessoa oferece atenção excessiva às questões materiais, prendendo-se ao consumismo, ao supérfluo, ao hedonismo (busca exagerada de prazer) e às posses materiais, distancia-se de uma visão de mundo mais espiritualizada, em que são relevantes a conduta moral e o respeito ao próximo, isto é, uma consciência ampliada em relação à vida.

A conduta materialista favorece o orgulho e o egoísmo, provocando desafetos e compromissos cármicos que posteriormente podem prejudicar o equilíbrio emocional e gerar depressão.

FALTA DE FÉ

Uma das características presentes em praticamente todos os casos de depressão é a falta de fé. O deprimido experimenta uma descrença generalizada, sentindo-se abandonado por Deus e pelas pessoas, percebendo-se incapaz de encontrar solução para os próprios problemas. Não há crença na eficácia dos tratamentos e a pessoa se mostra desmotivada, confusa e angustiada.

A neurociência, nos últimos anos, tem provado a influência da fé na vida das pessoas, especialmente diante das dificuldades. Observa-se que pacientes que têm fé recuperam-se mais rapidamente nas situações de internação hospitalar, do que os incrédulos. Apresentam uma conduta serena, permitindo que a mente trabalhe em favor dos resultados.

Também a prática clínica revela que, nos casos de depressão, as pessoas que carregam em si uma forte religiosidade saem do quadro depressivo num tempo significativamente menor em comparação com pacientes que têm uma fé frágil, flutuante e cheia de oscilações.

Em "*O Evangelho Segundo o Espiritismo*", a fé é abordada como a base da esperança e como importante instrumento capaz de curar devido à sua ação magnética. Encontramos ainda nessa obra que a verdadeira fé, aquela dita inabalável, é calma, paciente, persistente e capaz de encarar a razão em todas as épocas da humanidade, por encontrar apoio na inteligência e na compreensão dos mecanismos divinos.

Na obra "*Iluminação Interior*", o espírito Joanna de Ângelis afirma que a mente estruturada na fé produz forte energia, capaz de harmonizar a organização celular. Diz ainda que a presença da fé não impede o sofrimento, mas o torna

menos doloroso, clareando o raciocínio e apontando o melhor procedimento.

VAZIO EXISTENCIAL

O deprimido normalmente relata sentir-se mergulhado numa sensação de "vazio existencial", que sugere uma falta de sentido para a vida.

As raízes dessa perturbação emocional são encontradas no processo natural de evolução e na forma como o ser humano tem enfrentado a exigência de uma nova percepção de si e do mundo.

Os estudos logoterápicos do psiquiatra austríaco Viktor Frankl apontam dois fatores presentes na base do vazio existencial: a *perda de instintos básicos* relacionados à sensação de segurança e o *desaparecimento das tradições*. Entende-se que as constantes e rápidas variações na estrutura social do mundo moderno podem provocar insegurança e a sensação de desamparo, devido à grande instabilidade, e que quando mantidas as tradições, estas transmitem uma idéia de continuidade que favorece a manutenção da identidade cultural e do equilíbrio.

Na obra "*Conflitos Existenciais*", Joanna de Ângelis chama a atenção para a agitação do mundo moderno, que faz com que as pessoas se afastem do seu Eu, buscando o poder, a fama e prazeres ilusórios, ao invés de trabalharem-se interiormente. Tal comportamento é gerador de conflitos, uma vez que a necessidade de manter as aparências esperadas pela sociedade dificulta a auto-realização.

As conquistas, quando são apenas externas, são incapazes de preencher os espaços da angústia e da incerteza.

A falta de objetivos existenciais e o sentimento de incapacidade diante da vida podem resultar em desistência e indiferença, provocando a idéia de vazio existencial.

Podemos ainda considerar que a falta de fé e a postura materialista, fruto de uma consciência ainda não desperta para a realidade espiritual, afastam a idéia de divindade, tornando o ser humano mais vulnerável às adversidades da vida e mais propenso à sensação de perda do sentido existencial.

RESSENTIMENTO

O ressentimento caminha lado a lado com a raiva, com o ódio e a dificuldade de amar e perdoar, constituindo freqüentemente uma das causas da depressão. Provoca um estado de amargura e, não raramente, o desejo de vingança, abrindo as portas da mente para a vinculação com espíritos ainda inferiores, favorecendo processos obsessivos.

O ressentido é alguém aprisionado no passado, vivendo de mágoa e rancor que vão lhe comprometendo o campo energético. É alguém com dificuldade para compreender a imaturidade alheia, perceber a sua própria parcela de responsabilidade na situação e com pouca condição de lidar com a própria raiva. Sente-se sempre vítima da situação.

A bioenergética explica claramente os efeitos da raiva contida em nosso corpo, bloqueando o fluxo energético, causando dessensibilização e favorecendo processos depressivos.

Joanna de Ângelis, na obra "*Autoconhecimento, uma busca interior*", afirma que a raiva não extravasada

transforma-se em ressentimento e recai sobre a própria pessoa na forma de depressão.

Sabe-se que as frustrações são inevitáveis em nossas vidas e, no estágio evolutivo em que se encontra a humanidade, é realmente difícil não sentir raiva. A impulsividade normalmente é responsável por atitudes que levam a conflitos perturbadores, enquanto uma postura amadurecida revela uma expressão da raiva sem a agressividade destrutiva.

A libertação da pessoa em relação ao ressentimento envolve a capacidade de perdoar e esta é adquirida aos poucos, através do autoconhecimento, que possibilita a compreensão das próprias imperfeições e aumenta nossa tolerância diante da condição ainda imatura e conflituosa de muitos de nossos semelhantes.

Escutamos, constantemente, nos meios religiosos, que devemos perdoar, porém, não é comum alguém explicar como se faz para deixarmos de sentir as mágoas que cultivamos. O importante nesse caso não é fazer esforço para não sentir, mas sim, nos esforçarmos para sair da posição de vítima e nos percebermos co-responsáveis por tudo o que nos acontece. Se a nossa vida vai bem, é mérito nosso, e se ela vai mal, essa situação também é fruto de nossas posturas ainda imaturas e egoístas. Perdoar significa assumir a própria vida e crescer, respeitando e permitindo que aqueles que nos fizeram “mal” estejam livres para caminhar a seu tempo.

ORGULHO

Contrário à humildade, o orgulho é uma das muitas posturas que pode conduzir as pessoas à depressão.

Vivendo num mundo psíquico cheio de defesas e ilusões, o orgulhoso é alguém que apresenta auto-suficiência e superioridade, chegando à arrogância e à prepotência. Freqüentemente se irrita com a "inferioridade" (incompetência, ignorância, ...) de outras pessoas, provavelmente por se identificar com elas. Tem dificuldade para amar e desconfia do amor que lhe é dirigido. No fundo, o orgulhoso não se sente amado e precisa sustentar a máscara da auto-suficiência. Essa realidade se intensifica quando a pessoa desconhece a realidade espiritual e as leis de evolução.

São muitos os espíritos altamente evoluídos que reencarnam nas camadas mais pobres da nossa estrutura social a fim de colaborar com exemplos de dignidade e perseverança. No entanto, para o orgulhoso, ser menos é o mesmo que ser inferior e esta possibilidade o atormenta.

O orgulhoso normalmente só encontra progresso no sofrimento gerado por quedas que lhe convidam à humildade. A diminuição do status social, os problemas financeiros, a perda de um cargo ou posição que lhe ofereciam destaque são algumas das situações que despertam na pessoa orgulhosa sentimentos de inferioridade, de exclusão e de auto-desvalorização, deixando-a vulnerável à depressão.

EGOÍSMO

O egoísmo é responsável por inúmeros sofrimentos pelos quais passam os seres humanos. Normalmente está presente na base da mentira, do ódio, do ciúme, do apego, das relações de dependência afetiva, da maledicência, da vingança, das guerras e de diversos crimes.

Antagônico à caridade, o egoísmo está carregado de individualismo e egocentrismo. Apesar da aparente proximidade, o egoísta é alguém com relacionamentos superficiais que tem como foco apenas os próprios interesses. É alguém que sempre pede e nunca está disposto a doar-se verdadeiramente.

A íntima postura individualista, na qual só consegue enxergar a si mesmo com suas dores e necessidades, não permite ao egoísta amar verdadeiramente e, conseqüentemente, sentir-se amado. "Grandes amigos", passam a ser meros conhecidos quando deixam de atender à demanda do ego pobre e inseguro.

O egoísmo está aquém de uma consciência expansiva na qual se pode perceber a vida como oportunidade de crescimento, estando coordenada por um Poder Superior que a ninguém desampara. Como coloca o espírito Hammed, na obra "As dores da Alma", o egoísta freqüentemente desenvolve uma conduta avarenta, na tentativa de se precaver das faltas, mas tal conduta não consegue suprir a falta de afeto existente.

Quando a pessoa assume uma conduta que atende apenas às questões individuais, acaba por perceber-se solitária e, na falta de afeto sincero, sente-se vazia, desamparada e propensa a desenvolver episódios depressivos.

CULPA

O estado de culpa é responsável por predispor a pessoa emocional e fisicamente à depressão.

O espírito Joanna de Ângelis, em diversas obras aborda os sofrimentos psíquicos vividos pelos seres humanos

e cita que nos dias atuais o planeta Terra possui aproximadamente 100 milhões de pessoas com depressão. Afirma ainda, que uma das principais causas desse transtorno de humor tem sua gênese no espírito, que muitas vezes reencarna trazendo a mente culpada em função de registros inconscientes de experiências infelizes do passado. Estas experiências, decorrentes de atitudes imaturas, carregadas de orgulho, egoísmo e rebeldia, com o tempo e o amadurecimento do Ser, produzem a sensação de ter fracassado no cumprimento dos compromissos assumidos espiritualmente, gerando arrependimento e a sensação de culpa. Tal situação é capaz de perturbar a organização energética do perispírito que, na reencarnação, influencia a seleção do material genético, imprimindo nas células do novo corpo a condição necessária à evolução, podendo gerar uma predisposição orgânica para a depressão.

A culpa pode também ter origem na infância da presente existência em função da educação recebida, quando a criança sente ter frustrado as expectativas dos pais ou quando tem por eles um sentimento ambivalente de amor e ódio.

De acordo com o espírito Hammed, outro fator relevante é a manipulação que surge em alguns contextos religiosos, nos quais se usa da culpa para se obter a submissão dos fiéis. Cita ainda a possibilidade de a culpa ser proveniente dos conflitos no campo da sexualidade. Nestes casos, esse sentimento perturbador pode ser gerado quando a pessoa acredita que não agradou ou que decepcionou a Deus, experimentando a sensação de afastamento da divindade em relação a si, criando a sensação de desamparo.

De qualquer forma, tendo o fato ocorrido nesta vida ou noutra, existe a sensação de ter falhado, sendo que a raiva de si mesmo pode resultar em martírio. Diante das próprias

cobranças que lhe perturbam o campo psíquico consciente ou inconscientemente e da influência de possíveis obsessores espirituais, a pessoa tende a adotar atitudes de crítica, rigidez, moralismo, intolerância e perfeccionismo, não se permitindo errar e sentindo-se no direito de julgar e corrigir atitudes alheias. Essa postura inflexível é geradora de conflitos e ansiedade, dando origem a graves perturbações emocionais. Em outros casos, considerando sua atitude imperdoável, o Ser que se sente culpado cria para si uma imagem de incapaz, inadequado, rejeitado, indigno e se impõe situações de auto-punição, deixando abertas as portas para a depressão.

Numa outra postura, diante da percepção da própria falha e do conseqüente arrependimento, algumas pessoas sentem-se encorajadas ao auto-perdão e a promover reparações, atitude esta capaz de libertar a pessoa do sentimento de culpa.

REVOLTA CONTRA AS LEIS NATURAIS

Nas sucessivas encarnações que compõem o processo evolutivo, muitos de nós assumimos posturas infelizes diante das provações que nos servem de instrumento de ascensão. Fugimos aos compromissos assumidos espiritualmente e acumulamos débitos que serão, ao seu tempo, cobrados pela vida. Não raras vezes, acontece também de interrompermos nossa existência numa atitude que tem por base a falta de fé, uma frágil estrutura emocional e a incompreensão da realidade espiritual.

Ocorre que, na Natureza, para toda ação existe uma reação e assim todos nós sofremos as conseqüências dos nossos bons e maus atos. Com o tempo, as leis naturais nos

colocam novamente diante de desafetos do passado e de situações mal aproveitadas anteriormente, nos oferecendo a oportunidade de refazer nossos caminhos. Passamos então, por situações de expiação, que são contingências que nos auxiliam a perceber nossos erros ou que nos permitem repará-los. Neste contexto, também encontramos as reencarnações compulsórias, que são retornos forçados às experiências físicas, sem o desejo do reencarnante, ainda imaturo para fazer boas escolhas, impondo-lhe vivências com a finalidade de alavancar-lhe o desenvolvimento moral.

Dessa forma, quando nosso psiquismo carrega um acúmulo de experiências perturbadoras, permeadas pelo ódio e pela insensatez, é de se esperar que a condição expiatória que surge em favor da evolução espiritual, tenha considerável peso, exigindo da pessoa uma postura de aceitação e perseverança, numa conduta moral digna e reparadora.

Porém, nem todas as pessoas encontram em si a fé e a resignação necessárias para a sustentação do equilíbrio. E, sentindo o peso de suas responsabilidades, julgam-se desamparadas e esquecidas por Deus, sem conseguir enxergar o esforço e a ajuda dos benfeitores espirituais. Neste caso, as sensações de injustiça e desamparo podem resultar em revolta e perturbação do equilíbrio emocional, levando à depressão.

INFLUÊNCIA ESPIRITUAL

As influências espirituais representam importante fator na composição de quadros depressivos, embora a presença de espíritos desencarnados não seja uma regra no contexto da depressão.

Entre as formas de interferência espiritual no surgimento de quadros depressivos, temos: a obsessão espiritual; o assédio espiritual; a atração entre mentes deprimidas; e o vampirismo.

O processo obsessivo se caracteriza pela interferência de um obsessor sobre pensamentos e atos do obsediado. Esse processo pode se dar entre encarnados, entre desencarnados ou envolver habitantes de ambos os planos, forma que será aqui abordada. Trata-se de uma interação psíquica de nível inferior que se estabelece pela sintonia das vibrações que emanam dos pensamentos e sentimentos de ambas as partes. Neste contexto, pode ocorrer que comportamentos infelizes do passado e do presente resultem em vínculos mentais com espíritos vingativos que tenham interesse no insucesso e no sofrimento do obsediado, encontrando na depressão uma forte aliada no alcance de seus objetivos menos dignos. Nesta situação, a ação obsessiva pode ocorrer diretamente nos determinantes orgânicos da depressão, perturbando o equilíbrio fisiológico, ou por interferência na vida da pessoa, influenciando-lhe facilmente o pensamento através de suas falhas morais, provocando o surgimento de fatores externos como gastos excessivos, intrigas na relação familiar, problemas no trabalho e outros que propiciarão o clima de desânimo, insatisfação, estresse e rebaixamento da auto-estima.

Ainda no campo da obsessão espiritual, encontramos encarnados perturbados pela culpa, impondo-se situações de martírio e auto-punição, deixando o ambiente psíquico extremamente vulnerável e propício a severos processos obsessivos que podem conduzir o obsediado facilmente à depressão.

O assédio espiritual é normalmente favorecido pela conduta moral do obsediado. Por imaturidade ou por falta de conhecimento da realidade espiritual, muitas pessoas assumem comportamentos infelizes como o abuso do álcool, das drogas e do sexo, além de vícios morais (orgulho, egoísmo, vaidade, ganância, maledicência, ...), ficando vulneráveis à ação espiritual. O comportamento invigilante do encarnado diante do assédio espiritual revela desconsideração para com o fato de que somos espíritos imortais em processo de evolução e que o desajuste na conduta de hoje pode ser a base para o sofrimento de amanhã.

Outra situação que envolve influência de entidades desencarnadas é a atração que pode existir entre mentes deprimidas. Como a consciência sobrevive à morte do corpo físico, o estado depressivo também permanece ativo após o desencarne, muitas vezes agravado pela culpa e pelo arrependimento decorrentes de situações como o suicídio. Desta forma, o espírito deprimido pode sentir-se atraído pelas vibrações negativas emanadas pelo encarnado, por se identificar com o tipo de pensamento e postura diante da vida, assim como é comum ocorrer entre encarnados. Essa situação compromete o fluxo energético do encarnado, acentuando o problema, ou seja, potencializando o estado depressivo.

Há ainda um outro fator que pode ser observado co-existindo com as três situações de influência descritas anteriormente: o vampirismo. Esta expressão é usada no meio espírita para se referir a uma relação parasitária, na qual o desencarnado vive às custas das sensações do encarnado, influenciando seus comportamentos e sugando-lhe as energias. Tal relação pode gerar no encarnado sensações de desânimo e prostração, ficando vulnerável à eclosão do quadro depressivo.

A INTERAÇÃO CORPO/MENTE/ALMA NA DEPRESSÃO

Apesar de ainda existirem opiniões ortodoxas e unilaterais quanto à causalidade da depressão, desde a década de 90 consolidou-se o entendimento sobre a interação de fatores orgânicos e psicológicos na formação dos episódios depressivos. Atualmente, uma visão holística do ser humano tem inserido nessa análise o fator espiritual, sendo abordado pelos profissionais da saúde de forma ainda tímida por se considerar que faltam estudos científicos que comprovem tal influência. Certamente, não se trata de falta de pesquisa, mas sim de falta de conhecimento e interesse em relação às inúmeras contribuições deixadas por grandes e renomados pesquisadores dos séculos XVIII, XIX e XX - alguns deles citados no item sobre as bases científicas dos fatores espirituais - abordando os fenômenos espirituais, tornando evidentes a imortalidade da alma e o processo reencarnatório.

Diante desta realidade, faz-se necessário avançar os questionamentos, buscando compreender como interagem estes três elementos na formação dos quadros depressivos, já que as ciências médica, psicológica e espírita parecem apresentar, cada uma com seu olhar, argumentos convincentes sobre as causas da depressão.

Tal questão pode ser esclarecida quando se considera a sucessão de encarnações vivenciadas pelo espírito ao longo de seu processo evolutivo. Sendo o espírito imortal, suas experiências não se perdem de uma existência para outra, experimentando apenas um estado de esquecimento temporário de suas vidas anteriores, em benefício de seu aprimoramento moral. Ocorre que tal esquecimento não

impede que suas vivências pregressas influenciem inconscientemente seus pensamentos e atos, sendo também fator considerável na formação da personalidade estruturada na vida ou encarnação atual.

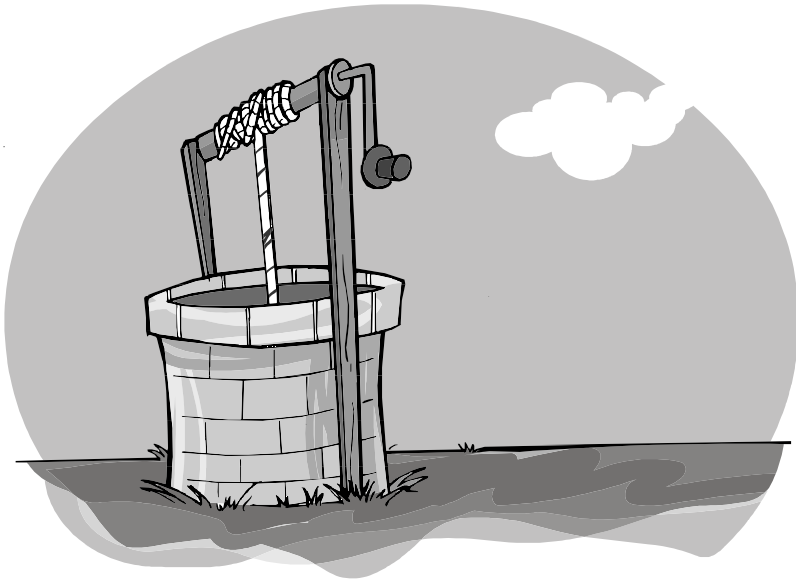
Sendo assim, compreende-se que sentimentos de culpa, revolta, raiva e outros apontados como causas psicológicas da depressão podem ser “carregados” de uma encarnação para outra e influenciar inconscientemente o surgimento de sentimentos de angústia e tristeza, normalmente relatados pela pessoa deprimida como sem motivo aparente.

No que diz respeito aos aspectos orgânicos envolvidos no transtorno depressivo, é necessário considerar que o perispírito ou corpo espiritual guarda as marcas das sensações físicas e psíquicas experimentadas pelo encarnado, mantendo tais registros após o desencarne. Trata-se de uma matriz energética que, durante a preparação para uma nova encarnação, irá imprimir nas células do novo corpo as marcas sofridas, influenciando o material genético do mesmo.

Desta forma, entende-se que, em parte, os desajustes neurofisiológicos envolvidos na depressão podem ter uma base genética, determinada pela interação existente entre o material genético do casal parental e as especificações perispirituais do espírito reencarnante.

Assim, com o entendimento do ciclo reencarnatório, fica clara a interação dos aspectos orgânicos, psicológicos e espirituais compondo a base dos processos depressivos. No entanto, é preciso ainda considerar que muitos casos de depressão têm origem na existência atual em função de fatores psicológicos ligados às primeiras fases do desenvolvimento infantil ou mesmo por questões orgânicas relacionadas a

lesões cerebrais, alterações hormonais, déficit de nutrientes celulares e disfunções neurofisiológicas.

CAPÍTULO VI

RECURSOS TERAPÊUTICOS

OLHARES DIVERGENTES OU COMPLEMENTARES ?

Psicoterapia é o tratamento que tem como foco as questões psicológicas. Pode ser desenvolvida na forma individual, apenas com o terapeuta e o paciente, ou em grupo, seja ele o casal, a família ou pessoas com dificuldades emocionais semelhantes ou não.

Como já dito no capítulo anterior, existem várias abordagens psicológicas, ou seja, diferentes olhares sobre o funcionamento da mente humana. Obviamente, entendimentos distintos sobre a dinâmica psíquica levam a propostas de tratamento também distintas.

Vale ressaltar que são visões obtidas de ângulos diferentes de um mesmo objeto, o ser humano, sendo portanto complementares.

Não se deve desconsiderar a riqueza de informações oferecidas em cada olhar, restringindo a compreensão e os recursos de intervenção do psicoterapeuta. Como é possível, por exemplo, observar um comportamento sem considerar a existência de determinantes inconscientes? Como pode um terapeuta dar atenção apenas aos conflitos inconscientes, sem reconhecer a influência do sistema de crenças do paciente e o efeito de seus pensamentos negativos? Será sensato tratar a mente de forma isolada, sabendo que o corpo sofre suas

influências? E onde ficam as questões espirituais e energéticas, que parecem estar associadas à gênese de diversas enfermidades?

Um bom psicoterapeuta deve ampliar seus instrumentos de trabalho, atuando com sensatez e flexibilidade em benefício do paciente.

A seguir, serão abordados os quatro principais aspectos observados pelas abordagens psicoterápicas (inconsciente, pensamento, corpo e espírito) e as principais linhas teóricas que se ocupam de cada um deles.

O INCONSCIENTE

Algumas teorias psicológicas consideram a ação de conteúdos inconscientes, permeando os processos psíquicos. Trata-se de sentimentos e pensamentos reprimidos por gerarem conflitos e sofrimento psíquico para a pessoa, ou que simplesmente fazem parte de um grupo de registros que não têm acesso à consciência.

As vertentes que consideram a presença de conteúdos inconscientes na estruturação dos transtornos mentais têm suas raízes na *psicanálise freudiana*.

A atuação do psicoterapeuta nesse contexto implica em auxiliar o paciente a desvendar conteúdos inconscientes responsáveis por seus comportamentos, isto é, suas atitudes, sua forma de se relacionar e sua postura diante da vida.

No caso da depressão, o psicoterapeuta tem o papel de ajudar o paciente a identificar os sentimentos que estão subjacentes ao quadro como resultado de possíveis processos de perdas, culpa, raiva, entre outros. A tomada de consciência permite a elaboração dos sentimentos e leva o paciente a

assumir novas posturas, eliminando ou minimizando os sintomas depressivos.

O PENSAMENTO

Entre as abordagens que dão mais ênfase às questões cognitivas, destaca-se a *terapia cognitivo-comportamental*.

Nesse enfoque, a depressão tem como base as cognições (pensamentos) negativas que o paciente tem em relação a si, ao mundo e ao futuro. A atuação do profissional consiste em ajudar o paciente a mudar seu sistema de crenças. Esse processo se dá em três etapas: a *identificação* das cognições negativas; a *confrontação* das cognições com a realidade; a *substituição* das cognições negativas por outras mais realistas e positivas. Em outras palavras, trabalha-se com a resignificação dos fatos e alteração das pré-concepções desenvolvidas.

Esse processo terapêutico é chamado "cognitivo-comportamental" por associar recursos cognitivos e reforços comportamentais. Dessa forma, também são trabalhados o aumento dos reforços positivos (gratificações) e a diminuição dos reforços negativos (punições). A alteração das cognições e o aumento das gratificações levam a pessoa a desenvolver uma melhor imagem de si, fortalecendo sua auto-estima e gerando mais otimismo diante das dificuldades da vida. Essa melhora se reflete também nas atitudes e, conseqüentemente, nas relações interpessoais que a pessoa estabelece.

Ainda dentro do campo cognitivo, encontramos a *programação neuro-linguística* (PNL). Esta técnica consiste na programação de objetivos e na criação de estratégias que envolvam a auto-estima, a comunicação, a criatividade e a

flexibilidade, como recursos que viabilizarão o alcance dos resultados desejados.

O CORPO

A abordagem corporal das questões psicológicas tem como expoente a *bioenergética*. A *psicoterapia corporal* considera a ação inconsciente da mente sobre o corpo provocando bloqueios no fluxo da bioenergia. Essas obstruções energéticas, denominadas "couraças", são responsáveis por provocar desequilíbrios orgânicos e emocionais.

A atuação psicoterápica tem por objetivo facilitar a conscientização e a sensibilização corporal através de exercícios propostos por Alexander Lowen em sua obra "*Exercícios de Bioenergética: o caminho para uma saúde vibrante*". Tais exercícios favorecem a expansão da respiração e o livre fluxo energético, restaurando a vitalidade, a saúde, a graciosidade dos gestos, o brilho dos olhos e a expressividade geral do corpo e da mente.

De acordo com a bioenergética, a *raiva contida* está na base de muitos casos de depressão, causando tensões musculares crônicas. Sendo assim, o tratamento proposto por esta abordagem envolve exercícios corporais que permitam ao paciente acessar a raiva reprimida e manifestá-la, além de exercícios que favoreçam a revitalização do corpo e a espontaneidade dos movimentos.

É importante salientar que os exercícios de bioenergética promovem melhor fluxo da energia corporal e maior auto-consciência, não tendo a função de substituir as psicoterapias, mas sim, de complementá-las. De acordo com

Lowen, dificilmente uma pessoa deprimida sairá da depressão apenas tentando ter pensamentos positivos, uma vez que seu nível de energia encontra-se rebaixado. A melhora na respiração e no fluxo da bioenergia aumentará as chances de sucesso na ação psicoterápica, visto que o aumento da energia corporal provoca uma sensação de vitalidade, influenciando positivamente o campo mental, trazendo a sensação de alegria, esperança e dispopsição.

O ESPÍRITO

Dentre as abordagens psicológicas, aquela que mais se aproxima das questões espirituais é a *transpessoal*.

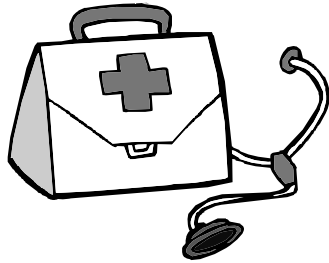
Com foco na expansão da consciência, a psicologia transpessoal busca auxiliar o paciente na transformação de energias destrutivas (ódio, ciúme possessivo, orgulho, ...) em formas de energia que viabilizem os sentimentos de liberdade, alegria, harmonia e paz. Trata-se do despertar da "experiência transpessoal", desfazendo a ilusão de se existir separado do todo, passando a uma vivência holística que extrapola a individualidade.

A ciência transpessoal tem recebido importantes contribuições da física quântica, como a confirmação de que a vida é um movimento constante de criação, no qual influenciamos o meio externo e somos influenciados por ele a todo instante.

Ainda no campo das terapias espiritualistas, encontramos a *terapia de vidas passadas* (TVP), que busca solucionar problemas emocionais e orgânicos atuais com técnicas de regressão à infância e a vidas anteriores, considerando que o contato com a origem dos sintomas possa

oferecer ao paciente a possibilidade de lidar com a situação de forma consciente, promovendo crescimento pessoal e remissão sintomática.

PRINCIPAIS ASPECTOS TRABALHADOS NA PSICOTERAPIA DA DEPRESSÃO

- baixa auto-estima
- isolamento
- culpa
- raiva
- desmotivação
- sentimento de inferioridade
- angústia
- intolerância a frustrações
- perfeccionismo / rigidez
- narcisismo
- perdas
- identificação com pessoas deprimidas
- não aceitação de si e da vida
- sentimento de injustiça (vitimismo)
- carência / dependência
- falta de fé / desesperança
- ansiedade
- pensamentos negativos
- ressentimento / mágoa
- falta de sentido na vida
- sentimento de rejeição / abandono / desamparo
- obstrução do fluxo da energia vital
- respiração inadequada

INTERVENÇÕES MÉDICAS

MEDICAMENTOS ANTIDEPRESSIVOS

Os primeiros medicamentos antidepressivos surgiram na década de 50. Porém, foi em 1960 que Julius Axelrod recebeu o Prêmio Nobel pela descoberta das substâncias responsáveis pela transmissão dos impulsos nervosos, os *neurotransmissores*, possibilitando que nos anos 80 surgisse a segunda geração de antidepressivos.

Atualmente, acredita-se que uma das causas fisiológicas da depressão é a falha na transmissão sináptica, isto é, uma descontinuidade na transmissão de estímulos nervosos, que se processa entre um neurônio e outro num espaço denominado *sinapse*.

Foi relatado no capítulo sobre causas da depressão, que essa falha na transmissão neural pode ocorrer pela baixa quantidade de neurotransmissores na fenda sináptica, pela presença de agentes bloqueadores, pela ação de neurônios inibidores, pela baixa sensibilidade dos receptores do neurônio pós-sináptico ou pela baixa quantidade desses receptores. Apesar das diferentes possibilidades de interferência na transmissão do impulso nervoso, os fármacos comercializados até os dias atuais têm como foco os neurotransmissores.

Não se sabe ao certo como atuam os antidepressivos, mas sabe-se que, em geral, apresentam 60% a 80% de probabilidade de trazer resultados satisfatórios ao paciente e que as chances de o primeiro medicamento, escolhido pelo médico, ser o adequado para determinado paciente gira em torno de 50%, sendo necessário, em alguns casos, fazer tentativas com outros antidepressivos.

Os fármacos antidepressivos possuem características positivas como o fato de não causarem dependência química. Nesse contexto, é importante fazer uma ressalva para os casos de uso abusivo dos medicamentos em função dos efeitos eufóricos que alguns deles podem provocar. Essa situação é mais comum entre pessoas com tendência à drogadicção.

Outro ponto que favorece esses medicamentos é a capacidade de produzir a remissão ou minimização dos sintomas num tempo relativamente menor do que aquele observado nos processos psicoterápicos. Vale lembrar que, apesar do grande auxílio na recuperação do humor, os remédios não são capazes de produzir mudanças no sistema de crenças do paciente, na sua personalidade e nem elabora suas perdas, sua raiva e sua culpa. Isso reforça a importância de uma ação combinada entre medicamentos e psicoterapia, combinação esta capaz de produzir, em muitos casos, uma recuperação mais rápida ou diminuir significativamente os sintomas num espaço de tempo mais curto do que quando um dos dois procedimentos é realizado isoladamente, como já comprovado por estudos científicos.

Os aspectos desfavoráveis relacionados com os antidepressivos envolvem o custo relativamente alto, o prolongado tempo de tratamento e os efeitos colaterais. Assim como inúmeros outros medicamentos, os antidepressivos podem causar algumas reações indesejáveis ao paciente,

trazendo desconforto, chegando a provocar o abandono do tratamento. Contudo, conviver temporariamente com alguns efeitos colaterais, ainda parece ser melhor que conviver com a depressão e seus riscos. Além disso, a indústria farmacológica vem buscando desenvolver produtos que causem menos desconforto ao paciente. Os medicamentos que chegaram ao mercado, a partir da década de 80, já apresentam reações colaterais mais amenas e suportáveis. Entre os mais antigos estão os IMAOs (inibidores da ação da enzima monoaminoxidase) e os tricíclicos. Entre os mais recentes e de efeitos colaterais de maior tolerabilidade, estão os ISRS (inibidores seletivos da recaptação de serotonina), a Venlafaxina, a Mirtazapina e a Nefazedona.

É provável que, no futuro, a descoberta de técnicas ou fármacos que atuem especificamente na área afetada pela falha da neurotransmissão, diminuam consideravelmente os efeitos colaterais.

CONTROLE HORMONAL

Entre as possíveis causas fisiológicas da depressão, encontramos o rebaixamento dos níveis dos hormônios da tireóide e do hormônio sexual estrogênio.

Observa-se que a suplementação dos hormônios tireoidianos, quando em baixa, tende a resultar na melhora dos sintomas depressivos. Também parece ocorrer que, nos casos em que se faz uso de algum antidepressivo, o baixo nível desses hormônios compromete a eficácia do medicamento. Alguns estudos revelam, ainda, que a associação entre fármacos antidepressivos e a suplementação hormonal tireoidiana produz efeitos colaterais brandos e eficácia nos

tratamentos em aproximadamente 50% das mulheres deprimidas que não respondiam ao uso de antidepressivos isoladamente.

No caso do estrogênio, entre outras funções, esse hormônio parece aumentar a atividade da serotonina e estimular o aumento da quantidade e da sensibilidade dos receptores desse neurotransmissor no cérebro. A reposição hormonal diminui as chances da depressão associada à menopausa.

FOTOTERAPIA

O uso da luz como recurso terapêutico ocorre nas situações em que a depressão parece estar associada a fatores sazonais, ou seja, influenciada pelas contingências das estações do ano.

Em algumas regiões, principalmente as de maior latitude, os períodos de inverno são marcados pela baixa iluminação solar. Essa situação parece provocar o aumento da taxa do hormônio *melatonina*, que possui funções relacionadas com as sensações de cansaço e sono. O alto nível desse hormônio pode deprimir o humor.

Há aproximadamente 2000 anos, a terapia da luz já era recomendada pelo médico grego Areteu da Capadócia, no tratamento de pessoas com letargia. Na época, as pessoas eram orientadas a deitar-se sob os raios do sol.

No entanto, foi no século XX que a fototerapia passou por avaliações empíricas mais rigorosas. Constatou-se que a luz estimula a glândula pineal que, nessa condição, provoca a inibição da liberação de melatonina, liberação de serotonina e a conseqüente sensação de revitalização.

Atualmente, o processo fototerápico é realizado com luminárias capazes de provocar brilho entre 2.500 e 10.000 luxes (*lux* é a medida da intensidade luminosa), sem radiação ultravioleta. O paciente deve ficar exposto à luz de 15 minutos a 2 horas, dependendo de cada caso, uma vez ao dia, no período da manhã para evitar perturbações do sono.

Normalmente, os resultados surgem a partir de 4 ou 5 dias, sendo que cerca de 80% das pessoas com depressão sazonal sentem-se beneficiadas.

É importante ressaltar que a intensidade luminosa do ambiente doméstico é normalmente inferior à 1.000 luxes. O ambiente fechado ao qual se recolhem muitos deprimidos, oferece luminosidade próxima de 1 lux, enquanto um dia de sol intenso pode chegar a produzir 100.000 luxes.

TERAPIA ELETROCONVULSIVA (ECT)

A terapia eletroconvulsiva surgiu na década de 30, como recurso no tratamento da esquizofrenia, quando observou-se que alguns pacientes esquizofrênicos e epilépticos apresentavam remissão temporária dos sintomas, logo após uma crise convulsiva.

Nas fases iniciais desse procedimento terapêutico, a convulsão era induzida por substâncias químicas injetáveis. Em 1938, pesquisadores italianos começaram a fazer uso de corrente elétrica para induzir a convulsão.

Atualmente, observa-se que a terapia eletroconvulsiva auxilia na remissão de sintomas depressivos, sendo indicada principalmente nos casos mais graves, com risco de suicídio, quando o paciente não tolera os efeitos colaterais dos

antidepressivos ou quando não responde aos medicamentos e à psicoterapia.

Desenvolvida hoje com procedimentos diferentes dos usados inicialmente, essa terapia é realizada com o uso de anestesia e relaxante muscular. Após o adormecimento do paciente, é liberada uma corrente elétrica de baixa intensidade que passa pelos eletrodos e atinge o cérebro, provocando uma convulsão que dura de 30 a 60 segundos.

Normalmente, o tratamento requer de seis a doze sessões, sendo realizadas duas ou três por semana.

Entre as reações indesejáveis que podem ser provocadas pela terapia eletroconvulsiva, está a amnésia retrógrada, em que o paciente experimenta a perda de memória relacionada a eventos anteriores ao tratamento, começando dos registros mais recentes e se estendendo para o passado, de acordo com a intensidade da reação.

Apesar dos riscos, esse tipo de intervenção apresenta resultado em cerca de 80% dos casos.

ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA (TMS)

É uma técnica que consiste na estimulação de neurônios, através de indução magnética. Um aparelho colocado junto à cabeça emite um impulso magnético que atravessa o couro cabeludo e o crânio, atingindo o córtex pré-frontal esquerdo do cérebro, provocando a liberação de neurotransmissores. Não é necessário o uso de anestesia, uma vez que o processo é indolor e o paciente permanece consciente. A aplicação tem duração entre 20 e 30 minutos.

É um recurso ainda em fase de experimentação, não apresentando resultados conclusivos no tratamento da

depressão. Até o momento, tem se mostrado eficiente e chama atenção por não produzir efeitos colaterais. Porém, não é recomendável para pessoas com implantes de metal, como o marcapasso, pela possível interferência dos pulsos magnéticos.

ESTIMULAÇÃO DO NERVO VAGO (VNS)

Tratamento ainda em fase experimental, é uma intervenção que consiste em implantar um pequeno gerador de pulsos elétricos no lado esquerdo superior do peito.

Esse gerador transmite pequenos pulsos ao *nervo vago* periodicamente. Esse nervo é responsável por conectar a base do cérebro aos órgãos do tórax e do abdômen, transmitindo informações do sistema nervoso central.

Inicialmente desenvolvida para o tratamento da epilepsia, essa técnica revelou melhora no humor de pacientes epilépticos, despertando o interesse por seu uso no tratamento da depressão.

Por enquanto, sabe-se que aproximadamente 40% dos pacientes deprimidos, que receberam esse tratamento, apresentaram melhoras em relação aos sintomas da depressão.

HOMEOPATIA

A homeopatia é um método de tratamento que busca a reação do organismo diante das enfermidades.

É uma proposta de intervenção distinta daquela utilizada pela medicina convencional, através de medicamentos alopáticos, que têm a finalidade produzir

efeitos contrários à doença, suprir as funções orgânicas e suprimir os sintomas. A homeopatia, que significa "semelhante ao sofrimento", busca fazer com que o organismo utilize sua própria capacidade para recobrar o equilíbrio e a saúde.

Apesar de Hipócrates, pai da medicina, ter descrito o princípio de que "semelhante cura semelhante", por volta de 2.400 anos atrás, foi Samuel Hahnemann, no século XVIII, quem sistematizou os procedimentos homeopáticos na forma como são conhecidos atualmente.

O procedimento homeopático consiste no uso de substâncias capazes de levar pessoas saudáveis a apresentar sintomas de determinada enfermidade, mas em doses extremamente diluídas, a fim de provocar uma reação gradativa do organismo no combate à doença, através da restauração do equilíbrio fisiológico.

No caso da depressão, os medicamentos homeopáticos são prescritos de acordo com a causa envolvida.

TRATAMENTO ORTOMOLECULAR

A medicina ortomolecular, desenvolvida pelo cientista Linus Pauling, é uma especialidade médica que atua na busca do restabelecimento do equilíbrio molecular do organismo.

Esse tratamento, que pode ser utilizado também de forma preventiva, parte do princípio que a maioria das enfermidades está acompanhada de alterações bioquímicas. Assim sendo, a correção dos níveis de nutrientes pode levar à homeostase, ou seja, ao equilíbrio das funções orgânicas.

Na busca dessa nutrição celular, os medicamentos normalmente utilizados são *vitaminas*, *sais minerais*,

aminoácidos, lipídios, hormônios, antioxidantes, entre outros, com o objetivo de oferecer melhores condições ao organismo para reagir às agressões às quais é exposto diariamente.

A medicina ortomolecular atua de quatro maneiras distintas:

1) Fazendo a reposição de substâncias que se apresentem em níveis inferiores aos considerados ideais para o bom desempenho das funções orgânicas.

2) Inibindo a absorção ou eliminando substâncias tóxicas presentes no organismo. Entre elas, metais como mercúrio, chumbo, alumínio e arsênico, que são retirados por substâncias chamadas *quelantes*.

3) Aumentando a concentração de algumas substâncias em níveis acima do normal, a fim de se obter uma ação farmacológica.

4) Combatendo o excesso de radicais livres, resultantes principalmente do estresse, da poluição e do estilo de vida sedentário.

No caso específico da depressão, a medicina ortomolecular trabalha com a idéia de que essa patologia tem como causa endógena o *estresse oxidativo*, a *falta de nutrientes* e a *contaminação por metais tóxicos*.

O estresse oxidativo consiste numa produção exagerada de radicais livres no cérebro, provocada pela ação de hormônios corticóides, em conseqüência da liberação de

elevadas cargas de neurotransmissores como a noradrenalina, a adrenalina e a dopamina.

A falta de nutrientes pode ocorrer por quatro motivos diferentes:

- Devido ao estresse;
- Alimentação inadequada e pobre em peixes, frutas, verduras e legumes;
- Má absorção de nutrientes pelo organismo;
- Falta de nutrientes em quantidades adequadas nos alimentos consumidos, mesmo nos considerados saudáveis.

Já a contaminação por metais tóxicos, decorre principalmente do uso de pesticidas e agrotóxicos e pode causar, entre outros problemas, fadiga, insônia, irritabilidade e depressão.

Na abordagem ortomolecular não se desconsidera a importância dos antidepressivos, mas entende-se que quando esses medicamentos são administrados sem a devida reposição de nutrientes, podem ter apenas uma ação paliativa com grandes chances de surgirem episódios recorrentes de depressão.

Entre os nutrientes cuja falta pode provocar sintomas observados em pessoas deprimidas, estão:

<u>Zinco</u>

A falta de zinco no organismo pode provocar apatia, dificuldade de concentração e disfunções sexuais.

<u>Potássio</u>

Os baixos níveis de potássio produzem sintomas como apatia.

<u>Iodo</u>

A redução dos níveis de iodo pode levar à fadiga e apatia.

Lítio
Tendo relação direta com o humor, as baixas concentrações de lítio podem produzir sintomas ligados à insônia e à depressão.

Fósforo
A deficiência de fósforo no organismo acarreta dificuldade de concentração, perda da iniciativa, respiração curta e fadiga.

Ácidos graxos ômega-3
Encontrados em óleos de peixe e em algumas plantas, os ácidos graxos ômega-3 vêm sendo estudados como recurso no tratamento do transtorno bipolar. Observa-se que os deprimidos apresentam menores quantidades de um ingrediente ativo presente nesses ácidos.

5-HTP
O 5-hidroxitriptofano é um dos componentes usados pelo organismo na produção de serotonina. Entende-se que a maior disponibilidade de 5-HTP no organismo favorece a elevação dos níveis desse neurotransmissor.
O uso do 5-HTP parece produzir resultados próximos aos de alguns antidepressivos e com menos efeitos colaterais. No entanto, poucos estudos foram realizados e há relatos de pessoas que tiveram sérios problemas de saúde com esse tratamento.

Colina (vitamina do complexo B)
Alguns estudos revelam que pessoas com depressão tendem a apresentar uma redução nos níveis de vitaminas do complexo B. Entre elas está a colina, que é usada pelo organismo na

síntese do neurotransmissor acetilcolina, envolvido nos processos cognitivos.

Ferro

A baixa quantidade de ferro no organismo está associada à fadiga, podendo gerar sentimentos semelhantes aos da depressão.

Aminoácidos

Alguns aminoácidos são necessários para a síntese de neurotransmissores. Os baixos níveis de aminoácidos podem colaborar para o surgimento da depressão. Entre eles estão a fenilalanina, a tirosina, a acetil-L-carnitina e a fosfatidilserina.

Ácido fólico

De acordo com alguns estudos, 35% dos deprimidos apresentam deficiência dessa substância. O ácido fólico pode aumentar a eficácia dos antidepressivos ISRS.

SAM-e

A SAM-e (S-adenosil-metionina) é uma substância encontrada em todas as células humanas, participando de diversos processos, como é o caso da síntese de neurotransmissores (incluindo serotonina, noradrenalina e dopamina) e a transmissão dos impulsos nervosos. Para o tratamento da depressão, encontra-se essa substância na forma sintética.

Inositol

Esta substância é utilizada pelo organismo na produção de membranas para células nervosas. Apresenta níveis rebaixados em algumas pessoas deprimidas.

Tiamina (vitamina B1)
O baixo nível dessa vitamina no organismo leva à fadiga, irritabilidade, alteração do apetite e confusão mental.

Piridoxina (vitamina B6)
É usada pelo organismo na síntese de neurotransmissores.

RECURSOS TERAPÊUTICOS COMPLEMENTARES

Os itens abordados neste tópico são considerados recursos complementares ao tratamento da depressão por serem capazes de alterar o estado emocional da pessoa deprimida, melhorando suas condições psicológicas, orgânicas e energéticas, auxiliando os trabalhos médico e psicoterápico. Tais recursos não devem ser compreendidos como capazes de curar a depressão por não agirem diretamente nas possíveis causas, mas, sem dúvida, são de extrema importância enquanto colaboradores do processo terapêutico, influenciando positivamente seus resultados, levando a pessoa a adotar uma nova postura diante da vida.

ALIMENTAÇÃO

Uma alimentação saudável traz benefícios para o corpo e para a mente. Sabe-se que uma alimentação equilibrada contribui para o bom funcionamento do organismo, resultando na diminuição da possibilidade de se desenvolverem doenças e na melhora das respostas fisiológicas que irão interferir no funcionamento cerebral.

Psicologicamente, a sensação de estar com saúde e com mais energia interfere na auto-estima e reduz a probabilidade do surgimento de um quadro depressivo.

Dietas:

O contexto das dietas chama a atenção por estar intimamente relacionado com a auto-estima. Embora algumas pessoas adotem dietas com o propósito de manutenção da saúde, observa-se um elevado número de pessoas insatisfeitas consigo mesmas, tentando alcançar a qualquer preço o padrão de beleza estipulado pela cultura em que estão inseridas. Além do comprometimento da auto-estima, a situação se agrava quando a pessoa busca resultados rápidos, normalmente passageiros, provocando o "efeito sanfona", alternando períodos de perda e ganho de medidas. Essa situação causa a sensação de insucesso e incapacidade, aumentando as chances de depressão.

Outro problema surge quando as pessoas adotam dietas radicais, levando à carência de nutrientes no organismo e o comprometimento da saúde. Percebe-se que a idéia de saúde fica vinculada ao emagrecimento, enquanto deveria ser associada à vitalidade, à paz de espírito, à sensação de bem-estar, à capacidade de amar e de amar-se.

Com freqüência, observamos pessoas que encontram na alimentação compulsiva uma forma de proteger-se da carência afetiva, experimentando ansiedade, culpa e raiva em função do descontrole alimentar. Isto se dá pelo fato de a personalidade estar carregada de características orais, relacionadas ao primeiro ano de vida, quando a sensação de prazer era obtida na amamentação e quando houve, provavelmente, uma sensação de desamparo ou frustração

excessiva, provocando "fixação" naquela fase. Normalmente, a alimentação é uma fonte de prazer e é comum ser usada para aplacar a ansiedade gerada pelos conflitos emocionais. Ideal seria que o termo "dieta" fosse substituído por "*reeducação alimentar*, *estilo de vida saudável* e *equilíbrio emocional*".

Suplementos:

Como especificado no item sobre tratamento ortomolecular, a deficiência de alguns nutrientes podem levar ao comprometimento das funções celulares. Abaixo, estão relacionadas algumas dessas substâncias e alguns alimentos em que podem ser encontradas:

Ácidos graxos ômega-3
Os ácidos graxos ômega-3 podem ser ingeridos na forma de cápsulas ou naturalmente pela ingestão de alguns peixes, como é o caso do salmão, atum e sardinha, além da semente de linhaça e das nozes.

Vitaminas do complexo B
Colina: ovos e leguminosas.
Piridoxina: germe de trigo, banana, cana, castanhas, lentilha e lêvedo de cerveja.
Tiamina: amendoim, castanha-do-pará, cereais integrais, lêvedo de cerveja, laranja e leguminosas.

Ferro
Pode ser reposto no organismo pela ingestão de couve e beterraba.

Ácido fólico
É encontrado nas folhas verdes, lêvedo de cerveja, abacate, trigo, castanhas, amêndoas, feijão, ervilha, lentilha, soja e grão-de-bico.
Inositol
Este nutriente é encontrado em frutas, alimentos integrais, nozes e lêvedo de cerveja.

FITOTERAPIA

Os medicamentos fitoterápicos são obtidos a partir de ervas que possuem propriedades medicinais. São normalmente utilizados como forma alternativa ou complementar no tratamento de diversas enfermidades. Porém, existem poucos estudos científicos sobre a ação e os efeitos dos suplementos herbais, sendo seu uso feito de forma indiscriminada. Apesar de a fitoterapia trabalhar com substâncias naturais, não significa que tais substâncias sejam realmente eficazes e seguras para o enfermo.

Apesar dos riscos de um procedimento mal orientado, os medicamentos fitoterápicos são acessíveis por serem relativamente baratos e vendidos sem receita médica.

Entre as substâncias fitoterápicas usadas no combate à depressão ou a alguns sintomas observados nesse transtorno, estão:

ERVA DE SÃO JOÃO (*Hypericum Perforatum*): É utilizada nos casos de depressão leve ou moderada. Sua administração requer cautela devido à possibilidade de interferência nos resultados de outros medicamentos como alguns antibióticos,

anticoncepcionais, drogas utilizadas em pacientes portadores do vírus HIV, transplantados e usuários de antidepressivos ligados à ação da serotonina.

VALERIANA (*Valeriana Officinalis*): Recomendada para os casos de insônia e ansiedade.

KAVA-KAVA (*Piper Methysticum*): Possui propriedades ansiolíticas.
DAMIANA (*Turnera Diffusa*): Indicada para combater o efeito de disfunção sexual causado pelo uso de antidepressivos.

GINSENG (*Panax Ginseng*): Indicada para combater o estresse.

GINKO BILOBA (*Ginkgo Biloba*): Indicada para combater problemas sexuais que surgem como efeito colateral do uso de antidepressivos.

MULUNGU (*Erytrina Mulungu*): Usada no combate à ansiedade, insônia e estresse.

FLORAIS DE BACH

Embora os florais de Bach sejam freqüentemente associados à homeopatia e à fitoterapia, são aqui destacados em função de seus objetivos e de seu processo de atuação.

Florais de Bach são essências, ou seja, extratos líquidos sutis de flores, usados para restaurar o equilíbrio

emocional. Foram descobertos pelo patologista e homeopata inglês Dr. Edward Bach (1886-1936).

As essências florais têm a propriedade de atuar junto aos centros vitais (chakras), levando indiretamente ao reequilíbrio do funcionamento de órgãos e glândulas. Podem ser usadas por pessoas de qualquer idade e não oferecem incompatibilidade com outros medicamentos, sejam eles alopáticos ou homeopáticos.

Pode-se associar mais de uma essência, de acordo com a recomendação do Terapeuta Floral.

Entre as 38 essências florais descobertas pelo Dr. Bach, listaremos aqui apenas aquelas que possuem maior sintonia com os casos de depressão, com suas respectivas indicações:

GORSE: desesperança, desânimo, pessimismo.
OAK: estresse, trabalha até a exaustão.
WILD ROSE: indiferença com a vida, desesperança.
ROCK WATER: rigidez excessiva consigo.
HOLLY: ressentimento, inveja, ciúme, raiva, abandono.
WHITE CHESTNUT: insônia, ansiedade, preocupação.
BEECH: intolerância, rigidez, críticas, julgamento.
ROCK ROSE: medo agudo, ansiedade, pânico.
ASPEN: medo do desconhecido, ansiedade.
PINE: auto-punição, culpa, não se perdoa.
SWEET CHESTNUT: angústia extrema, desespero.
MUSTARD: depressão sem causa aparente, melancolia.
LARCH: medo do fracasso, falta de confiança em si.
GENTIAN: pessimismo, desânimo diante de obstáculos.
CHERRY PLUM: medo de perder o controle, suicídio.
AGRIMONY: tristeza com máscara de alegria, suicídio.
ELM: perfeccionismo, medo de decepcionar os outros.

WILLOW: ressentimento, raiva contida, vitimismo.
IMPATIENS: insônia, impaciência, intolerância.
CRAB APPLE: mania de limpeza, sensação de impureza.
CENTAURY: anulação de si, não sabe dizer não.

Além dos florais já citados, existe também uma associação de 5 essências denominada RESCUE REMEDY, ou seja, remédio de emergência. Esta associação é indicada para crises ansiedade e é composta pelas seguintes essências Cherry Plum, Impatiens e Rock Rose, já descritos, além de Clematis (para a sensação de estar distante, que precede a inconsciência) e Star of Bethlehem (para situações traumáticas).

ATIVIDADE FÍSICA

A atividade física bem orientada é extremamente benéfica à saúde física e mental. Entre seus efeitos, estão:

- aumento da energia e da vitalidade
- aumento da capacidade cardiovascular
- redução dos riscos de osteoporose e hipertensão
- melhora do apetite
- redução da irritabilidade
- alívio do estresse
- melhora da qualidade do sono
- aumento do tônus muscular

Em relação aos reflexos no campo emocional, a atividade física estimula a produção de endorfina e feniletilamina, substâncias químicas cerebrais relacionadas à

sensação de bem-estar. Pesquisas revelam que pessoas deprimidas, tratadas com antidepressivos e que praticam exercícios físicos têm menor probabilidade de recaída do que aquelas que só usam a medicação.

Outro aspecto importante é que a melhora da capacidade cardiovascular diminui os riscos de problemas cardíacos, uma tendência dos deprimidos. Além disso, a melhora da aparência, da energia e da condição estética fazem aumentar a auto-estima.

É comum que o deprimido não tome a iniciativa do exercício, sendo às vezes necessário que alguém o estimule e o acompanhe. Entre os exercícios indicados, fazer caminhadas diariamente com duração entre 40 minutos à 1 hora, pode ser de grande ajuda nos casos de depressão.

No campo das atividades físicas, outra situação que favorece a recuperação do deprimido é a prática de esportes que permitam a expressão da raiva e da agressividade, como as situações de disputa e de luta, entre outras. Ao manifestar sua agressividade, a pessoa tende a preparar involuntariamente o corpo e a mente para a luta e isso pode fazer movimentar a energia antes estagnada pelo quadro depressivo, trazendo um impulso ao tratamento.

TRABALHO CORPORAL

A postura corporal do deprimido, freqüentemente, é marcada pela coluna curvada, ombros caídos e cabeça baixa, impedindo que o olhar busque um contato mais amplo com o mundo à sua volta. São nítidas a expressão de isolamento e a falta de ânimo, energia e esperança.

Na tentativa de estimular a reação de um amigo, não raras vezes observa-se alguém dizendo frases de incentivo: "*Levante essa cabeça!*"; "*Arrume essa postura!*"; "*Olhe para cima!*". É provável que as pessoas não tenham noção da profundidade desses conselhos.

A psicoterapia corporal (bioenergética) revela que o despertar do corpo através de exercícios que aumentam o contato e a percepção da pessoa em relação a si mesma, pode provocar experiências emocionais que favorecem sua revitalização ou reenergização.

Ao corrigir a postura e erguer o olhar, o deprimido melhora o fluxo energético de seu corpo, amplia sua respiração e experimenta uma valiosa expansão do contato visual com o mundo que o cerca, alterando sua percepção e seus pensamentos. Como complemento ao tratamento da depressão, é bom que se faça diariamente uma caminhada num ritmo mais acelerado que o normal, mantendo o olhar sempre adiante, como quem tem foco em um objetivo importante a ser alcançado. Esse recurso, aparentemente simples, pode trazer resultados surpreendentes.

Além da correção da postura, existem outros trabalhos corporais capazes de influenciar a melhora do quadro depressivo. Entre eles estão os exercícios de alongamento, principalmente do pescoço e das regiões peitoral e abdominal, que ajudam a ampliar e aprofundar a respiração. Outras

formas de influenciar uma reação emocional positiva envolvem: pular, gritar, espernear e sapatear. Estes exercícios são capazes de gerar respostas psíquicas e fisiológicas.

As atividades corporais citadas acima, certamente são de grande auxílio no tratamento da depressão, por proporcionarem à reativação do fluxo energético.

BANHO DE SOL

A luz solar é um dos fatores responsáveis pela manutenção da vida. É fonte de energia. Move o processo de fotossíntese das plantas, devolvendo o oxigênio à natureza e estimula a produção de vitamina D em nosso corpo. A vitamina é importante para que o organismo assimile cálcio no intestino, possibilitando uma melhor composição da estrutura óssea, evitando o raquitismo e prevenindo a osteoporose.

Além de favorecer a estrutura óssea e a qualidade do ar, a luz solar interfere também no sono. Na ausência de luz, o organismo produz um hormônio chamado melatonina, envolvido na regulação do sono. A produção é melhor quando há uma boa exposição ao sol durante o dia. Todo esse processo é controlado pela glândula pineal (pituitária), localizada no cérebro, funcionando como relógio biológico.

A melatonina parece também participar nos quadros de “depressão sazonal”, isto é, um tipo de depressão observado em locais onde o inverno provoca longos períodos de baixa intensidade da luz solar. Nesse contexto, alguns deprimidos apresentam elevado nível desse hormônio no organismo e costumam receber tratamento fototerápico durante o período de pouca luminosidade. Essa situação sugere que a exposição

ao sol, numa quantidade considerada saudável, pode significar redução ou abrandamento dos sintomas de depressão, contrapondo à tendência que alguns deprimido têm de isolarem-se em ambientes escuros.

É bom lembrar que todo “medicamento” torna-se um problema quando há superdosagem.

CUIDAR DA APARÊNCIA

A aparência reflete o estado emocional e é de grande importância nas relações interpessoais, seja em casa, na escola, no trabalho ou noutro contexto social.

É comum que pessoas deprimidas tenham pouca preocupação com a aparência. Não se preocupam com o tipo de roupa, com a barba mal feita, com a postura corporal, com unhas mal cuidadas e cabelos despenteados, chegando em alguns casos a abandonar hábitos de higiene pessoal como escovar os dentes, pentear os cabelos e tomar banho. Tal situação está permeada pelo sentimento de auto-desvalorização, de abandono e pela desesperança frente à vida.

Observa-se com freqüência, pessoas infelizes e desmotivadas sentirem-se renovadas e cheias de energia quando acreditam estarem mais bonitas e atraentes. Essa situação pode ser percebida quando se faz um novo corte de cabelo ou se usa uma roupa que outras pessoas elogiam, entre outras várias possibilidades. A pessoa deprimida precisa se

esforçar para cuidar de sua aparência. Vestir-se bem, andar numa postura ereta, pentear os cabelos e sorrir para os outros pode melhorar o fluxo da energia corporal e diminuir a intensidade dos sintomas que acompanham a depressão. Esse estímulo evita que a pessoa mergulhe em seus sentimentos negativos, agravando o quadro e dificultando ainda mais sua recuperação.

ESTILO DE VIDA

O estilo de vida de uma pessoa é um importante fator no contexto da depressão.

O chamado mundo moderno tem provocado alterações significativas na vida das pessoas. As rápidas mudanças tecnológicas, o consumismo em nome do prazer e de uma pseudo-felicidade, o mundo virtual e a agitação dos grandes centros têm colaborado para um estilo de vida cada vez mais estressante. A cada momento surge um novo produto e uma nova sensação de defasagem.

No mundo, dito moderno, pessoas são confundidas com números e, como quase tudo, tornam-se praticamente descartáveis. Os relacionamentos virtuais têm construído uma nova forma de interação na qual não se desfruta mais do valoroso calor de um abraço e da troca de energia que a presença física proporciona.

As longas distâncias percorridas nos grandes centros e o tempo escasso diminuem a quantidade de momentos de interação familiar e levam a uma alimentação prejudicial, composta freqüentemente por lanches rápidos, refrigerantes, etc. Os produtos industrializados tornam-se cada vez mais

atrativos e trazem consigo o rótulo de indispensáveis no mundo do corre-corre.

Os momentos de interação social, os chamados *Happy hours* e os eventos festivos são vinculados ao consumo excessivo de álcool, estimulando e reforçando o uso de drogas infelizmente lícitas.

Num mundo que valoriza a independência e desvaloriza as relações, muitas são as pessoas que adotam um estilo de vida solitário, tendendo ao isolamento afetivo. Valorizam-se as facilidades e o comodismo, em função de uma postura sedentária.

Todos esses fatores são pequenas peças na engrenagem da depressão. É óbvio que alimentação e relacionamentos precários não poderiam resultar em corpos e sentimentos saudáveis. Já vimos em capítulos anteriores, como as condições orgânicas e emocionais estão envolvidas no transtorno depressivo.

Na prevenção ou no tratamento da depressão, é preciso buscar um estilo de vida mais saudável em que um bom e calmo passeio, boas amizades, o sorriso, o abraço, a alimentação e o lazer saudáveis sejam valorizados.

ESTABELECER OBJETIVOS

Um dos grandes problemas vividos por pessoas deprimidas é a falta de motivação diante da vida. A desmotivação pode ser resultado da depressão ou um dos fatores que favorecem seu desencadeamento. De uma forma ou de outra, a falta de ânimo envolve desencorajamento, baixa autoconfiança e desesperança.

Ocorre também que a desmotivação seja fruto de sucessivas frustrações anteriores, nas quais os desejos não puderam ser realizados. É preciso questionar sobretudo se as situações a que se aspirava eram realmente alcançáveis, se não se tratava de ilusões em busca de reconhecimento, ou se não faziam parte de uma também ilusória ideação narcísica.

A manutenção da disposição e do encorajamento pode ser facilitada quando há objetivos alcançáveis a curto prazo, alimentando constantemente o ânimo. Objetivos a serem alcançados num longo espaço de tempo correm o risco de desaparecerem em meio ao cansaço, às frustrações e ao desinteresse. Mesmo quando se tem uma meta a longo prazo, é importante que se determinem pequenas etapas a serem percorridas na construção do objetivo maior, renovando periodicamente o entusiasmo. Essa sensação de êxito ajuda a combater a idéia de incapacidade que acompanha o deprimido.

Além de alimentar a coragem e a motivação, os objetivos auxiliam na organização da caminhada, visto que representam um foco no qual se concentram as energias. Enquanto muitos não encontram motivos para estarem vivos, um objetivo pode dar um valioso sentido à vida.

RELIGIÃO

Quando se fala de religião, muitas pessoas reagem de forma aversiva, argumentando a existência de manipulação e de uma fé cega que torna a pessoa vulnerável à influência de lideranças religiosas que possam ter uma conduta que distorce o foco da espiritualização, visando a interesses econômicos ou mesmo favorecendo movimentos sociais partidários. É

compreensível que haja líderes religiosos movidos por sentimentos menos dignos, porém não existe razão para generalizar tal impressão. É enorme o número de benfeitores que trabalham verdadeiramente pelo bem alheio e social.

Por motivos diversos, algumas pessoas preferem defender a idéia de que não é necessário ter uma religião, bastando ter espiritualidade, ou seja, a crença num Poder Superior, independentemente de conceitos religiosos. No entanto, existem estudos que revelam que a espiritualidade desenvolvida dentro de um contexto religioso é mais eficaz no combate e prevenção da depressão e do estresse do que quando não é institucionalizada. É provável que esse fato ocorra pela permanente estimulação da fé e da auto-estima, observada nos templos religiosos, além do clima de companheirismo e da oportunidade de sentir-se útil na realização de serviços comunitários.

De todos os benefícios provenientes da religiosidade, o fortalecimento da fé parece ser o principal alicerce do equilíbrio emocional. A fé é responsável pela manutenção da esperança em dias melhores, pela certeza de que existe uma Força Superior que rege a vida no universo e a ninguém desampara, pela tolerância e pela confiança na superação das dificuldades. A falta desse importante elemento é quase sempre observada em pessoas deprimidas.

A cada dia, a neurociência entende melhor os mecanismos desse valioso recurso emocional. Os efeitos da fé vêm sendo comprovados por estudos feitos com pacientes enfermos, sendo que aqueles que a têm de forma mais vigorosa apresentam um retorno mais rápido à saúde do que aqueles que cultivam uma postura incrédula. Enquanto os primeiros apresentam uma atitude serena durante a recuperação, os últimos demonstram maior intolerância e

desmotivação. Afirma o espírito Joanna de Ângelis, no livro "Iluminação interior", que a fé produz um poderoso campo energético capaz de sustentar a estrutura mental e estimular a harmonia da organização celular.

Os céticos e os críticos deveriam conhecer os mecanismos da ação magnética produzida pela fé, que encontram respaldo na ciência, e substituir a idéia de uma fé cega e manipulável por outra que se apoia nos fatos e na lógica.

Enfim, seja qual for a base religiosa, a fé é sempre inestimável recurso, garantindo o otimismo, a perseverança, o entusiasmo e a alegria de viver.

PRECE

É um dos recursos mais valiosos de que dispõe o ser humano na busca de equilíbrio para o seu caminhar. Através da prece, é estabelecido um contato entre criatura e criador. Contato este, que reflete a ação daquele que busca se aproximar de um Poder Superior, uma vez que Deus está permanentemente ligado a tudo e a todos.

Ainda é comum observar pessoas que fazem uso desse recurso com vistas à obtenção de facilidades ou mesmo de "colocar nas mãos de Deus" a responsabilidade pelo sucesso da própria vida e o alívio de sofrimentos oriundos de comportamentos hedonistas, desregrados e imaturos. Palavras destituídas de sentimento são proferidas em larga escala, como se o tamanho da oração fosse algo relevante. É preciso compreender que a prece é pensamento e este transita no *fluido cósmico universal*, percorrendo distâncias infinitas e ligando as criaturas a Deus e entre si, através de uma rede

fluídica. A força com que essa energia atinge seu destino independe do lugar no qual a pessoa se encontra, do momento ou da quantidade de palavras, sendo verdadeiramente influenciada pela intensidade e pela qualidade da emoção que acompanha a vontade.

O conteúdo da prece, freqüentemente, está ligado à busca de auxílio, agradecimentos e emissão de boas vibrações em favor de encarnados e desencarnados. Além dessas formas mais comuns, existe também a que reflete a integração entre o Ser e o Poder Superior. É como se o pensamento e a emoção fossem movidos em forma de contemplação, por uma consciência cósmica, na qual a criatura se sente parte do todo. Trata-se de uma integração harmônica ao movimento do Universo. Quando é dirigida a Deus, alcança espíritos superiores que vêm em auxílio daquele que ora. Além da intercessão dessas entidades benfeitoras do plano espiritual, a prece também tem uma ação magnética sobre aquele que a profere, trazendo a sensação de alívio, paz e equilíbrio emocional. Quando é dirigido a outra pessoa, o magnetismo influencia-lhe positivamente o campo energético, refletindo também em nível orgânico.

A ciência tem feito importantes constatações sobre a ação da prece. Pesquisas têm sido realizadas com o seu uso à distância, direcionada a pessoas enfermas, e os resultados indicam que o grupo de pessoas que recebe as vibrações apresenta maiores alterações clínicas em direção à saúde. Do ponto de vista neurológico, estudos revelam a liberação de endorfina no cérebro no momento da oração, provocando a sensação de bem-estar. Outra área que vem se destacando muito no conhecimento acerca da ação do pensamento é a física quântica, mostrando como influenciamos o ambiente

que nos circunda e a nós mesmos, dependendo do que pensamos e sentimos.

Em relação ao deprimido, fica evidente a importância desse recurso que a todos é disponibilizado. É bom lembrar que, assim como as demais formas de harmonização energética, a manutenção dos efeitos da prece depende da fé e da mudança de atitude da pessoa enferma, cuidando melhor de seus pensamentos e sentimentos.

DESOBSESSÃO

Sabe-se, pela Doutrina Espírita, que as obsessões são processos gerados pela sintonia entre mentes em desequilíbrio ou que ainda vibram em níveis menos elevados de consciência. O campo psíquico se comporta como verdadeiro ímã, atraindo outras pessoas, encarnadas e desencarnadas, que compartilhem do mesmo teor vibratório de que dispomos. Dessa forma, mesmo que a obsessão não seja, como ocorre em alguns casos, a causa da depressão, é comum que o deprimido atraia, para junto de si, entidades em situação semelhante, que passam a consumir-lhe as energias. Assim, os trabalhos de desobsessão podem auxiliar a recuperação do deprimido, já que o afastamento de entidades perturbadoras lhe oferece oportunidade de reequilíbrio e fortalecimento das emoções e do pensamento.

Normalmente, a desobsessão é benéfica para o obsessor e para o obsediado. O primeiro costuma ser encaminhado para tratamento em instituições do plano espiritual e o encarnado, por sua vez, também é atendido por benfeitores espirituais que lhe harmonizam as energias dos corpos físico e espiritual.

ÁGUA FLUIDIFICADA

A água fluidificada é aquela que possui propriedades medicamentosas. Tal condição é obtida pela magnetização da água potável. A ação magnética pode ser oriunda de espíritos desencarnados que atuam no socorro àqueles que ainda se encontram no plano físico, por encarnados, através da intenção colocada durante uma prece, ou pela ação conjunta de habitantes dos dois planos, de forma que entidades superiores utilizam os recursos mediúnicos de um encarnado para promover a fluidificação.

O processo de magnetização da água tem sido alvo de importantes pesquisas no campo da física quântica. O cientista japonês Masaru Emoto desenvolveu um experimento, citado no filme "Quem somos nós", produzido por Willian Arntz e Betsy Chasse, no qual porções de água foram colocadas entre caixas sonoras que emitiam sons distintos como orações, música clássica, a voz do nazista Hitler e músicas de heavy metal, além de outras que foram expostas a sentimentos e pensamentos negativos e de amor, entre outras situações. Após a exposição, a água foi congelada e os cristais formados foram fotografados, revelando formas distintas, sendo que aqueles cristais referentes às porções expostas aos sons harmônicos e sentimentos positivos apresentavam formas também mais harmônicas.

Fica evidente que nossos pensamentos e sentimentos influenciam magneticamente a água, resultando em produtos que podem alterar o funcionamento do organismo humano positiva e negativamente.

Nos casos de depressão, a água fluidificada atua como os demais recursos que tendem a equilibrar o campo energético e refletir seus efeitos no campo celular. Sua

eficácia é um fato, mas a restauração do equilíbrio físico e psíquico está intimamente ligada ao cultivo de bons pensamentos por parte do deprimido.

PASSE

O passe é um recurso magnético muito utilizado nos tratamentos espirituais. Existem registros de sua utilização em diferentes culturas, desde tempos remotos, associado a processos de cura e ritos religiosos.

Consiste na transfusão de energia psíquica através da imposição de mãos sobre a pessoa enferma e da ação do desejo sincero do passista de doar-se ao seu semelhante. Trata-se da ação do pensamento, interferindo magneticamente nos corpos físico e espiritual. Harmoniza o campo energético e pode promover alterações no RNA (parte do código genético), alterando mensagens de doença para mensagens que favoreçam o equilíbrio orgânico.

Pode ser executado simplesmente por um magnetizador encarnado (passe magnético), através da prece, da mentalização e concentração de seus recursos magnéticos em benefício do paciente. Outra forma é a ação direta de espíritos desencarnados como resposta a uma prece ou durante tratamentos espirituais (passe espiritual). Dentro das casas espíritas, é mais comum que aconteça de forma associada entre recursos do médium passista e de entidades desencarnadas (passe magnético-espiritual).

Sua eficácia depende também do desejo de melhora daquele que o recebe. Dessa forma, é possível que, em função da desmotivação e da descrença, alguns deprimidos não experimentem resultados significativos. É necessário associar

recursos magnéticos a outros que levem à restauração da auto-estima e da fé.

Também os familiares dos deprimidos podem ser beneficiados pelo passe, já que é normal sentirem-se desenergizados no convívio com o familiar enfermo.

REIKI

Reiki é uma palavra de origem japonesa que significa "energia vital universal".

Sua prática consiste na canalização da energia vital através do posicionamento das mãos sobre determinadas regiões do corpo, com o objetivo de harmonizar o fluxo energético e promover o bem-estar.

Essa técnica foi desenvolvida pelo japonês Mikao Usui, em meados do século XIX, a partir de informações contidas em antigos registros budistas. Chegou ao Brasil em 1983 e tem sido considerada um importante recurso complementar na prevenção e tratamento de diversas enfermidades.

ACUPUNTURA

A acupuntura é uma técnica milenar, utilizada pela medicina tradicional chinesa, com o objetivo de harmonizar o fluxo de energia vital (Qi ou Ki para os japoneses e Ch'i ou Chi para os chineses) e oferecer ao organismo, condições de se auto-regular.

Essa técnica chegou ao Brasil na década de 50 e nos anos 80 foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde

(OMS) como método eficaz no tratamento de diversas doenças.

Etimologicamente, a palavra acupuntura significa "punção com agulha". O nome refere-se à técnica de inserção de agulhas em determinados pontos da pele, de forma a intensificar ou retardar o fluxo energético.

A Chi percorre todo o corpo através de canais de energia (meridianos) situados sob a pele e que irrigam órgãos e vísceras.

Há doze meridianos principais, posicionados simetricamente dos dois lados do corpo e dois meridianos conhecidos como artérias, que percorrem o eixo do corpo nas suas faces anterior e posterior.

Além dos pontos dispostos ao longo dos meridianos principais, a acupuntura também trabalha com outros situados nas orelhas. A *auriculoterapia* tem como base a idéia de que todas as áreas do corpo possuem um ponto representativo nas orelhas.

De acordo com a medicina chinesa, a energia vital (Chi) se manifesta sob dois aspectos principais: Yang e Yin. A energia Yang produz calor, expansão, ascensão e o aumento das atividades. A energia Yin produz frio, retraimento, descida, repouso e diminui as atividades. Representam polaridades energéticas e devem estar com seu fluxo em equilíbrio.

O excesso de energia Chi manifesta-se na forma de dor, tensão, calor, ansiedade, azia, insônia, hipertensão, etc. A falta de energia Chi provoca a sensação de frio, pressão baixa, falta de apetite, sonolência, depressão, fraqueza, etc.

A medicina chinesa considera que a desarmonia energética seja responsável pelo aparecimento de diversas enfermidades. No campo da depressão, alguns estudos têm

apontado vantagens para o paciente no uso da Acupuntura. Essa técnica tem revelado resultados semelhantes àqueles produzidos pelos fármacos antidepressivos e sem efeitos colaterais.

SHIATSU

Shiatsu é uma palavra japonesa que significa "pressão com os dedos". É uma técnica que tem como base os conhecimentos milenares da medicina tradicional chinesa. Apesar do nome sugerir o uso dos dedos, a prática também envolve o uso da palma e da borda das mãos e o cotovelo.

Assim como a acupuntura, o Shiatsu tem como foco a regularização do fluxo da energia vital (Qi ou Chi). Consiste em massagear com pressão, pontos sobre a pele na região dos canais de energia (meridianos), harmonizando o fluxo energético, através da estimulação ou sedação dos canais.

Essa técnica proporciona relaxamento, alívio do estresse, sensação de bem-estar e energia. É recomenda para problemas como raiva, preocupação, ansiedade, insônia, depressão, baixa auto-estima, além de vários outros de ordem física.

Esse recurso pode ser usado de forma complementar no tratamento da depressão, aumentando as chances de recuperação.

TERAPIA REFLEXA

A Terapia Reflexa ou Terapia Zonal parece ter suas origens, assim como a acupuntura, por volta de 4.000 a.C..

Comprovadamente, foi praticada no Egito em 2.400 a.C., de acordo com descobertas arqueológicas.

Essa técnica terapêutica tem estreita relação com a acupuntura e o Shiatsu, na medida em que trabalha com a idéia de canais de energia (meridianos) que interligam pés e mãos a diversas áreas do corpo.

Dentro dessa visão, os pés, assim como as mãos, a íris dos olhos e as orelhas, representam um microcosmo do corpo, refletindo todas as suas partes através dos canais energéticos. Normalmente, a reflexologia trabalha mais os pés pelo fato de suas zonas reflexas abrangerem uma área maior, facilitando a localização.

A técnica zonoterápica consiste em pressionar com os dedos das mãos, pontos específicos situados nos pés, referentes aos meridianos, com o propósito de harmonizar o fluxo energético. Esta pressão poderá ser constante ou intermitente, de acordo com a necessidade de estimular ou sedar determinado ponto para que o tratamento seja efetivo.

Traz benefícios como o alívio das tensões (estresse) e o relaxamento, pelo equilíbrio do fluxo da energia vital. Apresenta-se como valioso recurso complementar no combate à depressão.

RESPIRAÇÃO

A respiração é importante fonte de energia. Quando é expandida, aumenta a capacidade de raciocínio e concentração, além de proporcionar maior equilíbrio funcional para o organismo e a mente.

Corrigir a forma de respirar melhora a assimilação da energia que captamos do fluido cósmico universal.

Diversas técnicas que visam à harmonização do corpo e da mente utilizam a respiração como ponto central de seus procedimentos:

- Um dos recursos da cromoterapia é a mentalização da respiração das cores.

- As técnicas de meditação, como a Yoga, têm a respiração como elemento fundamental no processo de concentração.

- A bioenergética tem como foco a ampliação da respiração, a fim de fazer fluir a energia corporal.

- As técnicas de relaxamento têm como base o aprofundamento da respiração.

Em função das atividades diárias e de repressões da expressão emocional, vividas na infância, prejudica-se o processo respiratório. A tensão crônica provocada em alguns grupos musculares em função de emoções contidas, traz sérias conseqüências para o corpo e a mente. Entre as causas de tensão, podemos citar:

- Proteção contra a tristeza, provocando a contração do abdômen.
- Inibição sexual, provocando contração do ventre.
- Inibição da expressão verbal, causando contração na região da garganta.
- Inibição da expressão da raiva, gerando tensão muscular generalizada.

Inúmeras vezes, por estresse, depressão ou outros motivos, o ser humano pode sentir-se desvitalizado, ou seja, desenergizado. Nesses momentos, percebe-se a respiração curta, superficial e restrita a pequena parte da capacidade pulmonar. Esta situação é bastante distinta da respiração abdominal, aquela considerada mais saudável, observada em bebês durante um sono tranqüilo, quando se percebe a expansão da região do abdômen.

Como recurso para a correção da respiração, precisamos começar pela observação de como estamos respirando, com que ritmo, com que profundidade e com que amplitude. O segundo passo é lançar mão de exercícios que ajudem a expandir a respiração. Algumas pessoas preferem se recolher num ambiente tranqüilo e usar técnicas de relaxamento e concentração. Outras buscam a melhora através de exercícios, como os propostos pela bioenergética, fazendo ampliar a respiração, buscando a revitalização. De uma forma ou de outra, o importante é respirar.

CHORO

O choro é um importante recurso para o alívio das tensões. É capaz de aprofundar a respiração, relaxar os músculos e combater os efeitos do estresse. Não é à toa que se diz que “quando choramos, lavamos a alma”.

Trata-se de uma entrega emocional que possibilita reviver dores, mágoas e raivas. Entretanto, essa entrega é bloqueada por muitas pessoas em função do medo de perder o controle sobre suas emoções ou mesmo de demonstrar fraqueza ou fragilidade (principalmente entre os homens). Tal comportamento é compreesível no contexto da depressão,

uma vez que quem se expõe arrisca ser aceito ou não e a carência vivida por muitos deprimidos envolve o medo da rejeição e provoca o retraimento da expressão emocional.

Outro fator que pode bloquear o choro é a repressão das manifestações de raiva, normalmente fruto de posturas impositivas, punitivas e agressivas usadas por no processo de educação infantil. Ocorre que, quando os sentimentos são reprimidos, a pessoa gera um processo de desensibilização, que bloqueia o fluxo de energia, desvitalizando o corpo e provocando depressão.

É certo que nem todas as pessoas deprimidas possuem dificuldade de chorar, porém observa-se que muitas desenvolvem um estado de apatia e insensibilidade diante da vida e quando a pessoa consegue liberar o choro contido, tem como resultado um grande alívio e a restauração do fluxo da energia vital, aumentando as possibilidades de recuperação.

RISO

Diariamente, as pessoas se divertem com piadas ou quadrinhos que retratam de forma bem humorada problemas políticos, situações embaraçosas, preconceitos, conflitos sexuais e outros. Mas, o que move esse ar cômico? Por que rir de situações que em essência, não apresentam nada que justifique o bom humor?

Ao abordar a relação entre os "chistes" e o inconsciente, Sigmund Freud, pai da psicanálise, considera que o prazer despertado pelas situações ditas engraçadas, é fruto do alívio de tensões geradas por sentimentos reprimidos. Dito de outra forma, o ser humano possui desejos e sentimentos que entram em choque com questões morais e

culturais, gerando *conflitos psíquicos*. Para evitar o sofrimento, a mente humana retira tais conteúdos da consciência, reprimindo-os em nível inconsciente.

Assim, as piadas, principalmente aquelas que carregam duplo sentido, fazem com que tais conteúdos consigam driblar a repressão e se manifestem disfarçadamente (de forma simbólica ou representativa), provocando prazer pela redução da tensão psíquica existente. Tanto quem conta, como quem escuta a piada, experimenta os efeitos prazerosos da descarga emocional. Cita ainda Freud, que quanto maior a repressão, maior será o prazer gerado por essa descarga. Isto nos faz lembrar de pessoas que riem de algum fato de maneira exagerada, dando sentido à expressão "*chorar de tanto rir*".

De maneira prática, podemos perceber o quanto o riso é contagiante e o quanto é boa a sensação de leveza experimentada após algumas gargalhadas.

Em seu livro “Terapia do Riso - a cura pela alegria”, o médico homeopata Eduardo Lambert aborda os benefícios de uma boa e descontraída risada. A partir da referida obra, é possível compreender que a alegria expressa no riso nos coloca novamente em contato com nossa criança interior, reativando comportamentos alegres e espontâneos, perdidos ao longo da vida.

Este tipo de terapia, antiga no oriente, foi propagada no ocidente a partir da década de 60 pelo médico americano Hunter Adams, chamado “Patch Adams”, que, observando a falta de alegria em seus pacientes, introduziu em sua prática atitudes que provocavam riso e favoreciam a recuperação dos mesmos. Esta prática inspirou, no Brasil, o grupo dos “Doutores da Alegria”.

Do ponto de vista fisiológico, rir faz com que o cérebro produza uma substância chamada endorfina, conhecida como “hormônio da felicidade”, que tem efeito analgésico, melhora a circulação e as defesas do organismo, além de diminuir tensões e provocar um sentimento de tranqüilidade e bem-estar. Por outro lado, as pessoas mau-humoradas, impacientes e rígidas tendem a viver num estado de constante tensão que leva a uma descarga maior de adrenalina que de endorfina, predispondo o organismo a problemas cardíacos e cerebrais.

Fica claro que a sensação prazerosa proveniente de uma boa gargalhada é extremamente benéfica para a pessoa com depressão, visto que um dos sintomas observados neste quadro é a anedonia, ou seja, a dificuldade de encontrar prazer na vida. Quando alguém ri e principalmente quando ri dos seus próprios problemas, permite o desencadear de um processo de adaptação e auto-aceitação que torna a convivência consigo mesmo mais suportável, o que é

imensamente mais vantajoso do que viver mergulhado num clima de hostilidade, baixa auto-estima e lamentações.

Assim, podemos entender o riso como um recurso de grande valia nos momentos de depressão, provocando a liberação de emoções contidas e criando um clima favorável ao tratamento e à superação desse transtorno.

ABRAÇO

Uma das situações presentes no contexto da depressão é o isolamento social. É comum a pessoa enferma manifestar indisposição para sair de casa (ou mesmo do quarto), para receber pessoas em sua casa e para participar de qualquer atividade que envolva a presença de outras pessoas. Tal comportamento está normalmente permeado por sentimentos de raiva, ressentimento e desesperança, entre outros que compõem o quadro depressivo. Em muitos casos, a base destas manifestações envolvem sentimentos de abandono, rejeição, inferioridade e culpa. Sendo assim, o ato de se isolar pode ser uma forma de a pessoa expressar a sua sensação de não merecer ser amada.

Neste contexto, o abraço mostra-se como importante recurso para melhorar a auto-estima. Além da troca energética envolvida no contato físico, este pode também inspirar cuidado, aceitação, acolhimento, compreensão e apoio, ou seja, sentimentos de grande importância e que estão em falta no estado depressivo.

Fisiologicamente, um abraço acolhedor é capaz de diminuir os batimentos cardíacos e os níveis de cortisol e norepinefrina, hormônios ligados ao estresse e presentes em excesso em alguns casos de depressão.

Embora sejam claros os benefícios emocionais do abraço, observa-se que muitas pessoas encontram dificuldade para abraçar ou mesmo para serem abraçadas, experimentando certo desconforto. Tal questão parece estar ligada à hostilidade, à frieza ou à ausência das manifestações emocionais durante a infância, por parte dos adultos cuidadores, podendo provocar na criança um distanciamento afetivo e a sensação de não ser amada.

Sabe-se que a sensação de perda do amor materno constitui uma das causas da depressão e, assim, torna-se compreensível a importância do abraço no processo de recuperação. É importante que a pessoa com depressão se esforce para abraçar e para aceitar o abraço com todas as suas mensagens positivas, possibilitando desfazer impressões distorcidas do passado e transformar sua auto-estima.

MÚSICA

Desde a antiguidade, a música está associada à expressão dos sentimentos. Egípcios, árabes, hebreus, indianos, chineses e gregos, entre outros povos, utilizavam-na em diferentes situações como cultos religiosos, banquetes, guerras e momentos de recreação.

Atualmente, sabe-se que a música influencia não apenas as pessoas, mas os animais, os vegetais e outros seres que possam assimilar suas vibrações, alterando a estrutura molecular. Pesquisas têm demonstrado sua ação sobre as plantas, modificando as condições de desenvolvimento e algumas características genéticas.

Outros estudos revelam que a música pode aumentar a produção de endorfina e fortalecer o sistema imunológico,

apresentando resultados semelhantes aos de alguns medicamentos.

Como efeito sobre o organismo humano, a música influi positiva ou negativamente na digestão, nas secreções internas, na respiração, na pressão sanguínea e na atividade de algumas estruturas cerebrais, em especial o sistema límbico, ligado às emoções.

O tipo de influência que a música exerce sobre a mente humana parece estar relacionado à interação entre tons, ritmos e letras das músicas. Em relação aos tons, sabe-se que os MENORES possuem maior comprimento de onda, portanto menor freqüência vibratória, apresentando propriedades relaxantes. Já os tons MAIORES têm menor comprimento de onda e alta freqüência vibratória, sendo estimulantes e indicados para os casos de apatia e depressão.

O ritmo musical tem a capacidade de interferir no ritmo cardíaco podendo causar estimulação ou relaxamento. Basta observar como algumas músicas acalmam, enquanto outras provocam agitação de tal forma que despercebidamente começa-se a marcar o ritmo com as pernas e às vezes a pessoa se pega até dançando, completamente contagiada pela vibração emitida.

Quanto ao conteúdo das músicas, normalmente as pessoas tendem a se interessar consciente ou inconscientemente por aqueles que possuem alguma sintonia com seus sentimentos em relação à vida ou com o seu estado emocional no momento. Nesse caso, o deprimido precisa evitar entregar-se ao impulso de buscar músicas tristes e melancólicas e dar preferência àquelas que possam trazer-lhe alegria, encorajamento, equilíbrio e energia, servindo como importante apoio para a superação do transtorno depressivo.

Uma outra opção é procurar um musicoterapeuta, que saberá utilizar, com critério, os recursos sonoros para produzir melhores estados emocionais.

DANÇA

Importante recurso no combate à depressão, a dança é capaz de interferir de forma bastante eficaz no estado emocional de quem a pratica. A harmonia entre o ritmo musical e a expressão corporal, ajudam na manifestação das emoções, no desbloqueio da energia corporal, no alívio de tensões musculares e na diminuição dos efeitos do estresse.

É comum observar pessoas que se sentem tensas e "travadas" durante a dança. De acordo com os conceitos da bioenergética, o corpo enrijecido é fruto do bloqueio das

manifestações emocionais. Desta forma, a pessoa precisa trabalhar a expressão corporal, o fluxo energético e a auto-aceitação, sentindo-se livre para ser quem é e permitindo-se ser espontaneamente conduzida pela música.

Outras propriedades terapêuticas da dança são o aumento da criatividade e da consciência corporal, na qual o corpo é percebido em suas expressões e necessidades, além da elevação da auto-estima e da motivação.

Dançar é entrar em contato com os próprios sentimentos, é conhecer o mundo interno e ter a oportunidade de exercitar a liberdade de expressão.

Em relação à depressão, os diversos estilos de dança estimulam a vitalidade, ampliam a respiração e proporcionam a sensação de prazer, algo raro nos momentos de crise.

ESCREVER SOBRE O QUE SENTE

Uma característica percebida em muitos deprimidos é o fato de sentirem-se incompreendidos. É comum que o doente adote uma postura reservada e fale pouco sobre o que está sentindo, por acreditar que os outros não entenderão sua situação e não darão a devida importância à sua dor.

Nesse caso, a pessoa precisa encontrar formas alternativas de externalizar seus sentimentos. É importante expressar de alguma forma aquilo que é sentido, pois quando se passa do plano das idéias para o plano concreto, aumentam-se as chances de elaboração do conflito vivido. O campo abstrato está carregado de fantasias, pré-concepções e possibilidades, devido à sua característica plástica que permite oferecer aos problemas a forma e a intensidade que a pessoa desejar.

Em meio ao desequilíbrio emocional, essa condição maleável favorece pensamentos ilusórios de rejeição, abandono e auto-depreciação, entre outros.

Na impossibilidade de verbalizar seu sofrimento, o deprimido tem como uma boa opção escrever sobre o que está vivendo.

Seja na forma de um desabafo, poesia ou de uma conversa com um Poder Superior, quando se colocam pensamentos num papel, abre-se uma oportunidade de encontrar respostas dentro de si, para os problemas enfrentados, além da modificação dos pensamentos, já que esses perdem a força após a vazão dos sentimentos, oferecendo espaço para percepções mais realistas.

AROMATERAPIA

É uma técnica que envolve o uso de substâncias aromáticas com o objetivo de harmonizar aspectos físicos e emocionais. Utilizada desde a antiguidade pelos egípcios, gregos, romanos, árabes, chineses e hindus, entre outros povos, de forma medicinal ou em rituais religiosos, a aromaterapia só foi reconhecida como forma de tratamento pelos povos ocidentais em 1960, após inúmeros estudos científicos realizados principalmente na Europa.

Esse processo terapêutico utiliza “óleos essenciais” obtidos da destilação de folhas, flores, caules e sementes. Os óleos são a parte mais sutil da planta e contêm vitaminas, hormônios e antibióticos. Sua ação normalmente produz resultados anti-sépticos, estimulantes ou calmantes. São utilizados para banhos relaxantes, massagens, aromatização de ambientes e inalação. Porém, é preciso tomar cuidado com

os óleos cítricos, pois podem causar manchas na pele se a pessoa se expuser ao sol antes de retirá-los do corpo. Outra ressalva diz respeito às gestantes, aos bebês, hipertensos e epilépticos, que devem procurar orientação médica antes do uso de produtos para aromaterapia.

Os óleos essenciais têm propriedades medicamentosas, atuando sobre órgãos e tecidos, e psicoterápicas, agindo sobre as emoções e auxiliando nos tratamentos de ansiedade, estresse e depressão, entre outros. No que diz respeito às emoções, agem sobre o campo energético (Chakras) e ativam processos neurofisiológicos envolvendo o sistema límbico e a memória.

É importante frisar que óleos essenciais não são a mesma coisa que essências, sendo os primeiros extratos altamente concentrados, extraídos de plantas, e os últimos, sintetizados em laboratório. Devido à alta concentração, os óleos essenciais devem ser sempre usados na pele após a diluição em "óleos carreadores" (óleos de girassol, de amêndoa doce e de semente de uva), evitando dermatites e favorecendo a penetração na pele.

Como alternativa complementar no tratamento de quadros depressivos, recomendam-se os óleos essenciais a seguir, que além da utilidade em casos de desordens orgânicas, também atuam no campo emocional com as seguintes indicações:

ALECRIM (*Rosmarinus Officinalis*): depressão e fadiga. Revigorante.

ALFAZEMA (*Lavandula Officinalis*): tristeza, fadiga e ansiedade.

BERGAMOTA (*Citrus Bergamia*): estresse, depressão e ansiedade.

CAMOMILA (*Athemis Nobilis*): estresse, insônia, irritabilidade e depressão.

GERÂNIO (*Pelagonium Graveolens*): depressão e ansiedade.

JASMIM (*Jasminum Officinale*): pessimismo, autoconfiança, depressão e fadiga.

LARANJA (*Citrus Sinensis*): depressão, estresse, fadiga e ansiedade.

LAVANDA (*Lavandula Angustifolia*): depressão, insônia e estresse.

PATCHOULY (*Pogostemon Patchouly Pellet*): depressão, ansiedade e confusão mental.

ROSA (*Rosa Damascena*): depressão, insônia e estresse.

SÂNDALO (*Santalum Album*): depressão, insônia e estresse. Afrodisíaco.

YLANG-YLANG (*Cananga Odorata*): depressão, estresse e irritabilidade. Afrodisíaco.

CROMOTERAPIA

Utilizada desde a antiguidade por egípcios e gregos, a cromoterapia é uma ciência que utiliza a vibração das cores para restabelecer o equilíbrio energético dos corpos físico e espiritual.

As cores são parte do espectro eletromagnético. Através do olho humano, é possível captar ondas cujo comprimento tenha variação entre 0,0006502 cm (vermelho) e 0,0000441 cm (violeta). Quanto mais próximo do vermelho for o comprimento de onda, mais "quente" e estimulante é a cor e quanto mais perto do violeta, mais "fria" e relaxante. Dessa forma, as sete principais cores do espectro eletromagnético (cores do arco-íris) estão divididas assim: o vermelho, o laranja e o amarelo, são consideradas cores quentes; o verde é considerado uma cor neutra; o azul, o azul índigo (anil) e o violeta são consideradas cores frias.

A vibração das cores interfere na energia dos Chakras, harmonizando o campo vibratório celular, de forma a restaurar a funcionalidade do organismo.

Atualmente, o mundo ocidental vem desenvolvendo inúmeras pesquisas que comprovam a eficácia do uso das cores no tratamento de diversas enfermidades orgânicas e emocionais. Algumas delas, na visão dos cromoterapeutas, têm origem no aumento ou na diminuição da freqüência vibratória de determinada região do campo energético. Existem estudos que revelam que vírus e bactérias têm vibrações peculiares, distintas daquelas observadas nas pessoas quando em estado de saúde. Sendo assim, existem freqüências vibratórias que serão destrutivas para esses microrganismos.

As técnicas cromoterápicas envolvem principalmente a exposição do paciente ou da parte enferma do corpo à luz colorida, a ingestão de água solarizada (obtida na exposição da água ao sol num recipiente da cor desejada e translúcido), mentalização da respiração das cores, ingestão de alimentos da cor indicada e o uso de pedras e cristais.

O efeito terapêutico das cores sobre as emoções:

VERMELHO: Referente ao primeiro chakra (Genésico) e às gônadas; aumenta a vitalidade e estimula o vigor e a coragem. Induz à ação e faz com que a pessoa mantenha maior contato com a realidade física. É a cor da sexualidade, dos instintos e da agressividade. Tem a propriedade de afastar a tristeza e o sentimento de culpa. A cor de equilíbrio é o azul. Entre as pedras correspondentes, estão: *Rubi, Jaspe vermelho, Quartzo vermelho, Cinábrio, Realgar e Hematita*.

LARANJA: Referente ao segundo chakra (Gástrico) e ao processo digestivo; provoca entusiasmo e estimula a criatividade e a comunicação. Traz a sensação de bem-estar, prazer e leveza. Combate a depressão e a tristeza. Favorece a espontaneidade e a desinibição. É a cor da auto-confiança. A cor de equilíbrio é o índigo. Entre as pedras correspondentes, estão: *Cornalina, Opala de fogo, Calcita laranja e Crocoíta*.

AMARELO: Referente ao terceiro chakra (Esplênico) e ao pâncreas; estimula o raciocínio, a alegria e o otimismo. Cor ligada ao auto-controle e à energia. A cor de equilíbrio é o violeta. Entre as pedras que correspondem à vibração do

amarelo, estão: *Citrino, Enxofre, Calcita amarela, Tempest Stone e Topázio imperial*.

VERDE: Referente ao quarto chakra (Cardíaco) e ao timo; é a cor da esperança, da fertilidade, do crescimento e da renovação. Traz as sensações de equilíbrio, serenidade e segurança. Promove a harmonia entre o corpo, a mente e as emoções. A cor de equilíbrio é o rosa. Entre as pedras que possuem vibração que corresponde à cor verde, estão: *Malaquita, Peridoto, Jade e Esmeralda*.

AZUL: Referente ao quinto chakra (Laríngeo) e à glândula tireóide; possui efeito tranquilizante. Reduz as tensões e traz a sensação de paz. Combate o estresse e a fase maníaca do transtorno bipolar. A cor de equilíbrio é o vermelho. Entre as pedras correspondentes, estão: *Água-Marinha, Quartzo azul, Amazonita, Calcita azul, Ágata azul, Sílica gema, Topázio azul e Celestita*.

AZUL-ÍNDIGO: Referente ao sexto chakra (Frontal) e à hipófise; expande a mente em direção a estados mais elevados. É a cor da intuição. Tem efeito relaxante e combate os estados de medo. Favorece a reforma íntima e os processos psíquicos. A cor de equilíbrio é o laranja. Entre as pedras de teor vibratório correspondente ao índigo, estão: *Azurita, Sodalita, Cianita, Lápis-Lazuli e Safira azul*.

VIOLETA: Referente ao sétimo chakra (Coronário) e à glândula pineal; proporciona o equilíbrio da mente e a paz interior. Combate estados de irritação e agressividade. Essa cor é usada no tratamento de doenças mentais. Estimula a espiritualização e os ideais elevados. Diminui a angústia, o

ódio e a ansiedade. A cor de equilíbrio é o amarelo. Entre as pedras que correspondem à cor violeta, estão: *Ametista, Charoíta, Fluorita, Halita violeta, Iolita, Lepidolita, Sugilita e Tanzanita*. Para a harmonização do sétimo chakra, também são usadas pedras douradas e brancas transparentes. Entre as pedras incolores, estão: *Cristal de Quartzo, Diamante, Apofilita incolor e Topázio incolor*. Entre as pedras douradas, estão: *Calcita dourada, Calcita dente de cão, Heliodoro e Pirita*.

ROSA: Também refere-se ao quarto chakra (Cardíaco). É a cor da maturidade, da consciência e do amor incondicional. Liga a pessoa a processos mais psíquicos do que físicos e favorece a concentração. Deve ser evitada para pessoas em desequilíbrio mental e com tendência a fugir da realidade, por proporcionar a sensação de liberdade espiritual, podendo agravar o quadro. A cor de equilíbrio é o verde. Entre as pedras que correspondem a esta cor, estão: *Quartzo rosa, Kunzita e Turmalina rosa*.

É importante lembrar que o efeito terapêutico das cores está vinculado ao uso de forma equilibrada, na intensidade e quantidade adequadas. Em excesso, algo que poderia ser benéfico, torna-se prejudicial. Por exemplo, a exposição prolongada ao excesso de vermelho pode provocar irritação e agressividade. No caso do azul, pode favorecer a fadiga e a depressão. Por isso, é preciso tomar cuidado com o excesso das cores, seja no vestuário, no ambiente ou nos tratamentos cromoterápicos.

Para o combate aos estados depressivos, é indicado principalmente o uso das cores vermelho, amarelo, laranja e verde. As cores mais vibrantes são usadas como primeiro

socorro e, posteriormente, o uso do verde favorece a harmonização.

Em relação às roupas, é comum a pessoa escolher inconscientemente aquelas que possuem a cor com a qual está sintonizada. Por exemplo, se está calma, tende a escolher tons de azul e quando está agitada ou eufórica, busca cores mais vibrantes como o laranja e o vermelho. Se seguir essa tendência, estará potencializando o estado emocional em que se encontra e isso pode aflorar situações indesejáveis pelo excesso de determinada cor. É melhor que, quando houver percepção do próprio estado emocional, a pessoa procure usar cores que levem ao equilíbrio da situação.

FENG-SHUI

O feng-shui é uma técnica milenar chinesa, utilizada na harmonização de ambientes. Tem como foco o fluxo de energia vital (Chi), presente em todos os corpos e ambientes. Quando essa energia não flui, interfere no campo energético das pessoas, podendo causar problemas físicos e emocionais, entre eles a depressão.

A prática do feng-shui envolve a combinação entre cores, formas e os cinco elementos da natureza: fogo, terra, metal, água e madeira. De acordo com a tradição oriental, para que a energia do ambiente flua, esses elementos precisam estar equilibrados. Em residências, a harmonização do ambiente é orientada pelo uso de um instrumento denominado "Baguá", que divide a planta da casa em oito áreas (trabalho, espiritualidade, família, prosperidade, sucesso, relacionamento, criatividade, amigos e saúde), sendo que cada uma delas é regida por elementos, cores e formas específicas.

Sabe-se que a condição emocional da pessoa leva a escolhas inconscientes de determinadas cores e formas. Quando existe um desajuste emocional, a própria pessoa alimenta o problema. Dessa forma, o uso de recursos que restaurem o fluxo de energia do ambiente pode tirar o deprimido desse ciclo vicioso.

A harmonização do ambiente proporciona o equilíbrio interno porém, é imprescindível também cuidar dos pensamentos, da forma de se colocar no mundo e dos sentimentos, com vistas a fortalecer a intenção sincera de mudança.

Os cinco elementos:

FOGO: Elemento associado ao movimento, coragem e calor. É representado pela cor vermelha, plantas com folhas pontiagudas, triângulos e pirâmides.

TERRA: Este elemento está relacionado ao equilíbrio, estabilidade e sabedoria. Está associado às cores amarelo, laranja e terracota. A forma geométrica correspondente é o quadrado.

METAL: Tem relação com a força e o controle. As cores de referência são o branco e o prateado e os objetos são cristais, mármore e metal na forma arredondada.

ÁGUA: Este elemento refere-se à reflexão, compreensão, sabedoria, relaxamento, flexibilidade e fluidez. Está relacionado com as cores azul e preto e objetos de vidro com formas sinuosas.

MADEIRA: Está associado à persistência, criatividade e crescimento interior. É representado por objetos de sisal, juta ou madeira e pela cor verde, que representa o equilíbrio da natureza.

BOAS LEITURAS

Um bom recurso, nos casos de depressão, é fazer leituras de livros que possuam conteúdos que transmitam sensações como paz, coragem, entusiasmo, alegria, otimismo, fé e paciência.

É comum que a pessoa deprimida não se interesse por coisas que lhe farão bem. Principalmente nos casos mais graves, tende a isolar-se, alimentar-se mal, buscar ambientes que intensificam a melancolia, entre outras escolhas prejudiciais. Esse fato deixa evidente a importância do esforço pessoal na superação do episódio depressivo. Com a leitura, não é diferente.

Outro ponto positivo é que as mensagens passadas através da leitura encontram menos resistência por parte do deprimido do que a fala de um parente ou amigo que lhe diz que precisa reagir, passear, divertir-se, etc.

Existem diversas obras que trabalham a auto-estima, o otimismo e a perseverança. Inúmeros autores, encarnados e desencarnados, têm buscado transmitir em centenas de obras, nesta época de conflitos e transição no caminhar da humanidade, mensagens de amor, carinho, respeito e encorajamento a todas as criaturas.

Sem dúvida, uma boa leitura reconforta, sensibiliza, restaura o bom ânimo e abre espaço para a recuperação do deprimido. Dentre as obras literárias que podem auxiliar no

tratamento, encontram-se as espíritas, trazendo consolo, orientação e esclarecimento sobre a realidade espiritual.

TRABALHO SOCIAL VOLUNTÁRIO

Uma das formas de combater os processos depressivos é o desenvolvimento de algum trabalho voluntário junto à sociedade. O ato de doar-se pode trazer grandes benefícios para o deprimido e para quem recebe o auxílio.

Do ponto de vista social, o trabalho voluntário ajuda a veicular o clima de solidariedade, incentivando, através do exemplo, o despertar de um nível mais elevado de consciência, no qual existe uma percepção do todo, do coletivo e não apenas a visão egoísta que se limita a enxergar as necessidades individuais.

Para aquele que se doa, as ações voluntárias alimentam a sensação de ser útil, de ser importante para alguém e, conseqüentemente, fazem elevar a auto-estima.

Outro aspecto importante é que o deprimido normalmente só vê a si mesmo e a seu sofrimento. Nesse contexto, o contato com as dificuldades alheias pode resgatar a sensibilidade e o encorajamento. São muitas as vezes em que o trabalhador voluntário recebe valiosas lições de otimismo, gratidão e humildade. Acaba recebendo mais do que aquele a quem levou seu auxílio.

Doar-se é um exercício de paciência, no qual se descobre que alguns problemas precisam de muito tempo para serem resolvidos e que cada pessoa vive com os recursos psíquicos que já tenha conquistado, exigindo daquele que se doa, um amor perseverante.

CONTATO COM A NATUREZA

No auxílio ao tratamento da depressão, estabelecer maior contato com a natureza pode ser de grande ajuda.

Entre os benefícios trazidos por esse recurso, está o alívio do estresse provocado pelas relações sociais e pelo estilo de vida cada vez mais acelerado, próprio do mundo atual. O cantar dos pássaros, o barulho das águas, o verde, o ar puro, a energia das plantas e o clima de tranqüilidade costumam oferecer excelentes condições para o reequilíbrio físico, psíquico e energético. Uma caminhada num bosque, uma pescaria, um acampamento, um banho de cachoeira ou uns dias num hotel fazenda são ótimas opções que deveriam fazer parte da vida das pessoas numa freqüência maior que a de costume, atuando também de forma preventiva.

Outro aspecto importante a ser considerado é a possibilidade que esse contato oferece possibilidades de ampliação da consciência e da percepção da vida. A natureza guarda a resposta para muitos, senão todos os problemas humanos. Um olhar mais atento pode revelar a harmonia dos processos ambientais, respeitando a ação do tempo, ação esta marcada por uma série processos cíclicos e expansivos, numa constante renovação. As horas, os dias, as estações do ano, as florações e as frutificações são orientadas por uma lei natural, também aplicável à vida humana. Assim como o sol renasce a cada dia ou surge após toda tempestade, o ser humano tem suas oportunidades sempre renovadas, cabendo a cada um aproveitá-las para aprender, crescer e ser mais feliz.

RECURSOS ASSOCIADOS

Em se tratando de depressão, nenhum dos recursos citados anteriormente, seja psicológico, médico ou complementar, tem se mostrado capaz de vencer isoladamente todos os casos.

A complexidade encontrada na estruturação dos processos depressivos exige a ação conjunta de diversos recursos existentes, a fim de se aumentarem as chances de cura efetiva desse transtorno.

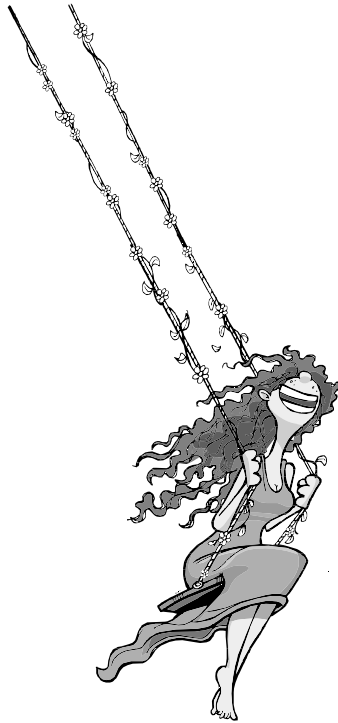
As abordagens psicoterápicas são de grande importância na compreensão e superação dos conflitos emocionais que estão na base de muitos casos de depressão.

Os recursos farmacológicos são valiosos restauradores do equilíbrio fisiológico, muitas vezes perturbado por interferência emocional, química ou genética. Em muitos casos, estes recursos se tornam imprescindíveis para o sucesso do tratamento. A associação de psicotrópicos à intervenção psicoterápica favorece a alteração dos pensamentos e da percepção da vida de maneira positiva, além de estabelecer um bloqueio relativo e temporário dos pensamentos produzidos por sugestões espirituais, em processos obsessivos.

Já os recursos complementares são grandes colaboradores no combate ao estresse e na harmonização do fluxo da energia vital, o que é extremamente importante no tratamento da depressão, complementando as ações psicoterápicas e farmacológicas.

É preciso que os profissionais da área de saúde trabalhem de forma integrada em benefício do paciente.

CAPÍTULO VII

A CURA

A BASE DO PROBLEMA

Até este momento, foram abordadas as possíveis causas da depressão, os recursos terapêuticos da medicina e da psicologia e alguns dos inúmeros recursos complementares que podem servir de apoio ao tratamento. No entanto, ainda é necessário pensar sobre o que de fato pode erradicar o Transtorno Depressivo, considerando que tanto as terapias medicamentosas quanto as psicológicas não têm se mostrado eficientes na totalidade dos casos, ou quando o são, nem sempre conseguem evitar seu reaparecimento em épocas futuras.

Esta análise em busca da cura da depressão requer a investigação da origem de tal enfermidade. Entre as causas, já foram mencionados aspectos orgânicos e é compreensível que as disfunções desta ordem envolvidas no problema sejam influenciadas pela estrutura genética ou por desequilíbrios fisiológicos. Considerando que o material genético sofre a influência do perispírito (corpo energético, fluídico ou espiritual) no processo de reencarnação e que os desequilíbrios fisiológicos freqüentemente têm origem nas perturbações energéticas que interferem nas secreções glandulares (em função das emoções experimentadas), pode-se dizer que os fatores orgânicos presentes na depressão, quando não são frutos de lesões cerebrais e quando não são de origem química, têm sua base nas questões espirituais.

Observando-se os aspectos psicológicos, percebe-se a nítida influência de fatores ligados à infância e ao desenvolvimento da personalidade do deprimido, comprometendo sua relação consigo, com o outro e com o mundo. Porém, deve-se expandir o olhar sobre as questões psíquicas, principalmente em relação à interferência de

conteúdos inconscientes relativos à bagagem espiritual adquirida em sucessivas existências, para que se possa compreender que os padrões de comportamentos atuais não são simplesmente frutos da infância da vida presente. Sentimentos como a raiva, o ressentimento, a culpa, a revolta, a insegurança, a rejeição, o desamparo e outros encontrados na porção emocional da depressão, são freqüentemente resquícios de experiências vividas em outras encarnações, despertados pelas circunstâncias atuais, assim como da forma imatura com que o Ser reage às vicissitudes da vida.

Desta forma, compreende-se que o elemento espiritual, em função do natural processo evolutivo, concentra em si as origens da maior parte dos casos de depressão, assim como a origem de todos os males da humanidade, sejam eles orgânicos, psíquicos ou sociais. Observa-se que tal afirmação encontra respaldo no que pode ser considerado a base do sofrimento humano: a imaturidade espiritual e a falta de amor. No campo da imaturidade, encontram-se o orgulho, o egoísmo e a intolerância à frustração. Já o segundo item envolve a falta de amor por si, pelo outro e do outro, sendo esta última a precursora das duas primeiras.

Partindo desta análise, serão abordados a seguir os três elementos capazes de eliminar definitivamente a depressão, agindo diretamente em seu núcleo: o autoconhecimento, a reforma íntima e o amor.

AUTOCONHECIMENTO

Pode parecer engraçado, mas a pergunta “Quem sou Eu?” é uma das mais difíceis de serem respondidas. É comum

o fato de as pessoas sentirem-se confusas diante desta indagação. Isso leva ao questionamento: Como posso passar tanto tempo comigo e não me conhecer? Pois essa é a verdade, as pessoas sabem muito pouco a seu próprio respeito. Tal fato se dá em função do esquecimento temporário das experiências de outras vidas, das defesas psíquicas que mantêm alguns conteúdos no plano inconsciente, assim como do egoísmo.

O esquecimento do passado é algo que ocontece em benefício das novas experiências evolutivas, favorecendo a reconstrução de laços afetivos e a reparação de experiências mal sucedidas em vidas anteriores.

Já as defesas psíquicas são estratégias inconscientes usadas pela mente humana para diminuir algum tipo de sofrimento, seja ele causado por alguma lembrança perturbadora ou para esconder algum conflito emocional que seja fonte de angústia e desequilíbrio. Essas defesas são percebidas, por exemplo, quando o Ser julga que seus sentimentos são indignos ou inconfessáveis, tendendo a atribuí-los a outras pessoas (projeção). Outra forma de evitar o contato com as próprias dores é negar a realidade dos fatos (negação), fugindo de seus verdadeiros sentimentos.

Quanto à postura egoísta, esta revela a condição ainda primitiva dos sentimentos e da percepção humana, mantendo o Ser preso a um olhar restrito a interesses pessoais, alimentando mágoa, raiva e sentimento de injustiça, enxergando a realidade apenas da forma que lhe convém.

Seja qual for o motivo pelo qual a pessoa se mantém distante de si, a busca pelo autoconhecimento sempre exigirá uma postura de coragem e auto-aceitação com todas as imperfeições ainda existentes, além de respeito e gratidão pelo que já se pode ser.

É certo que muitas vezes foge-se de si mesmo porque a mente humana, além de carregar as conquistas evolutivas, abriga também o lado sombrio das experiências pregressas e conflitos de toda ordem. Pode ocorrer, por exemplo, que a culpa inconsciente gerada por atos infelizes do passado leve a pessoa a agir de forma rígida consigo e com os outros, não se permitindo errar, revelando uma conduta rígida e perfeccionista.

Assim como a culpa e a rigidez, que revelam a falta de amor próprio e de auto-perdão, outros aspectos encontrados na depressão podem ser revelados pelo autodescobrimento, favorecendo a superação do estado depressivo. Conhecer sentimentos muitas vezes negados como a raiva, a mágoa, a dependência, a insegurança, a baixa auto-estima, o vitimismo e outros, pode ser extremamente benéfico e libertador para o deprimido, mostrando-lhe que sua situação é gerada por suas próprias atitudes e oferecendo-lhe a chance de repensar sua postura diante da vida.

Outro ponto positivo da auto-observação é perceber quais fatores têm desencadeado o processo depressivo. O descobrimento das situações em que as crises depressivas eclodem, oferecem pistas sobre sentimentos e reações envolvidas na depressão. Tal informação favorece a criação de estratégias para o amadurecimento e tira a impressão de que depressão não tem uma causa real. Essa situação pode ser observada, por exemplo, quando o sentimento de carência e dependência afetiva é acentuado, fazendo com que, em

algumas situações, a pessoa sinta-se sozinha para dar conta da vida, sentindo-se sobrecarregada e desamparada. A sensação de estar abandonada faz com que sejam ativados na mente da pessoa os registros de experiências de desamparo desta e de outras vidas, despertando angústia, fazendo reviver suas dores emocionais, desencadeando a crise depressiva. Percebendo essa dinâmica, a pessoa entende a necessidade de cuidar de sua auto-estima para sentir-se mais segura, capaz e independente, a fim de evitar novas crises.

Enfim, conhecer a si mesmo é uma forma de expandir a consciência, exercitar o auto-amor e amadurecer emocionalmente, tornando mais fácil o convívio consigo e com o outro.

REFORMA ÍNTIMA

Em vários tópicos da presente obra, são feitas observações sobre a necessidade de o deprimido modificar-se internamente, isto é, alterar sua postura diante da vida, a fim de diminuir os riscos de novos episódios desse preocupante transtorno de humor.

Tratamentos farmacológicos e psicoterápicos têm apresentado altos índices de recorrência do problema. Da mesma forma, os recursos complementares que ajudam na harmonização energética atuam por vezes de forma paliativa e com pouco tempo de duração. Tais situações se devem aos pensamentos e emoções cultivados pela pessoa. Já se sabe que esses dois elementos são capazes de alterar o campo energético e a atividade celular de forma positiva ou negativa, levando à saúde ou à doença, respectivamente.

Gasta-se tempo e dinheiro tentando tratar a depressão de forma passiva, como se o paciente fosse um simples hospedeiro da doença, vítima da vida e não o causador de sua própria enfermidade.

É necessário que a pessoa com depressão entenda que é responsável pela própria felicidade e que a forma como tem entendido a vida e reagido a ela tem gerado sua angústia, seu desânimo e sua tristeza. No livro "Escutando Sentimentos", afirma a autora espiritual Ermance Dufaux, que a depressão é uma intimação da Vida, convocando a alma às mudanças necessárias. Cita ainda a autora, que na Terra, bilhões de pessoas, entre encarnados e desencarnados, estão deprimidos ou têm construído verdadeiras "estufas psíquicas" para futuras depressões, através de suas condutas imaturas e infelizes.

A ligação existente entre as causas da depressão e a postura que o enfermo assume diante da vida fica ainda mais evidente quando se observa os cinco fatores causais encontrados com maior freqüência na base dos quadros depressivos:

Raiva

Origens: orgulho; egoísmo; intolerância às frustrações.

Conseqüências: mágoa; ressentimento; vitimismo; revolta contra as circunstâncias da vida; culpa; corpo rígido; ...

Posturas Libertadoras: humildade; caridade; tolerância; perdão; auto-perdão; assumir a responsabilidade pela própria vida; manifestação da raiva através de expressão verbal ou de exercícios físicos; colocar-se no lugar do outro; resignação; ...

Culpa

Origens: atitudes infelizes que geram arrependimento; educação com rigidez, com críticas ou com elevada expectativa dos pais.

Conseqüências: intolerância; perfeccionismo; rigidez; alto nível de exigência consigo e com os outros; auto-punição; moralismo; auto-compaixão; baixa auto-estima; ...

Posturas Libertadoras: auto-perdão; revisão de conceitos aprendidos; reparação; compreensão da própria condição de aprendiz; humildade; tolerância; flexibilidade; auto-aceitação; fé; ...

Sentimento de perda

Origens: perda de objetos, pessoas ou situações que sustentavam a auto-estima; perda da autonomia, da identidade, do sentido existencial ou de afeto; ...

Conseqüências: raiva; sensação de desamparo e incapacidade; sentimento de rejeição; vazio existencial; ...

Posturas Libertadoras: adaptação; desenvolvimento da autonomia; autoconfiança; valorização de aspectos internos; busca do Eu real; amar-se; fé; resignação; ...

Cognições negativas

Origens: identificação com pessoas deprimidas; construção de conceitos negativos sobre si, o mundo e o futuro.

Conseqüências: pessimismo; baixa auto-estima; desesperança; sentimento de desamparo; ...

Posturas Libertadoras: revisão de conceitos aprendidos; busca de novas referências; pensamento positivo; ...

Conflitos de auto-estima

Origens: culpa; perdas; raiva; educação rígida, com críticas e humilhações ou com poucas manifestações de afeto; ...

Conseqüências: sensações de incapacidade, insegurança, inadequação e inutilidade; sentimento de rejeição; vazio existencial; intensificação do orgulho; timidez; auto-desvalorização; ...

Posturas Libertadoras: auto-aceitação; auto-perdão; cuidar da criança interior; doar-se; humildade; reconhecer a própria individualidade; ...

Fica evidente a relevância da participação do deprimido na construção de sua enfermidade, assim como no tratamento da mesma. Torna-se imprescindível associar a reforma íntima aos tratamentos médicos e psicológicos. É necessário rever conceitos, atitudes, valores, sentimentos e pensamentos para que se reduzam os riscos de adoecimento ou de retorno ao quadro.

No entanto, sabe-se que o processo de mudança de atitude e amadurecimento emocional não ocorre em pouco tempo. Não é fácil livrar-se de aspectos incorporados à personalidade e em muitos casos a pessoa precisa adquirir mais experiência de vida. Essa situação mostra o quanto o deprimido precisa ser "paciente", tolerante consigo mesmo, perseverante e alimentar diariamente sua fé, seu otimismo e sua gratidão pela vida.

Como afirma Ermance Dufaux no livro "*Reforma íntima sem martírio*", aquilo que irradia de nossas mentes cria uma *psicosfera* e quanto mais elevada é a conduta moral de uma pessoa, maior será sua imunidade contra as influências negativas e os desequilíbrios.

AMOR

O terceiro item da análise sobre a cura da depressão talvez seja o mais importante, podendo ser visto como conseqüência dos anteriores, autoconhecimento e reforma íntima.

Percebe-se que na maior parte dos casos de depressão está presente a sensação de falta de amor, seja da pessoa em relação a ela mesma, em relação aos outros ou dos outros para com ela.

É comum a pessoa deprimida relatar aspectos da própria infância que revelam uma educação rígida, com intolerância, pouco colo e abraço, maus tratos, rejeição, abandono, indiferença, além de mães deprimidas ou que desencarnaram enquanto a criança ainda se sentia emocionalmente dependente.

Sabe-se que o desenvolvimento da auto-estima sofre grande influência dos primeiros anos de vida, quando a criança está construindo sua identidade através das informações verbais e não verbais que vêm de outras pessoas, principalmente de quem se ocupa de seus cuidados. Com o tempo, a criança vai introjetando tais informações, aprendendo, ou não, a se amar. Entende-se assim, que a construção do auto-amor tem início naturalmente na infância, com o amor dos outros pela criança.

Ocorre que, por motivos diversos, muitas crianças não aprendem a se amar, desenvolvendo comportamentos de hostilidade ou de carência, passando a vida cobrando atenção dos outros, sendo que todo o amor que recebem na fase adulta parece ser insuficiente para preencher o vazio que lhes angustia.

Outro problema, decorrente da situação descrita acima, é que quem não se ama também não consegue amar verdadeiramente outras pessoas, chamando de amor sentimentos como a dependência e o ciúme. Cria-se assim, um ciclo vicioso no qual alguém que se sente hostilizado passa a tratar o mundo com hostilidade, passando este sentimento de geração para geração através da educação infantil.

Como resolver, então, o problema dos adultos que não se sentem amados? Como evitar que a falta de amor se perpetue, gerando quadros depressivos? As respostas para estas questões apontam para dois caminhos: aprender a se amar e amar sem ser amado.

Como já foi dito, quando o adulto não aprendeu a se amar na infância, não consegue acreditar que amor que vem depois seja sincero a ponto de nutrí-lo. Torna-se necessário que aprenda a gostar de si, a valorizar-se, a sentir-se merecedor de atenção, reconhecimento e carinho, desfazendo falsas concepções construídas na fase infantil. É como oferecer colo, ou seja, acolhimento à criança que existe em cada adulto, fazendo com que ela se sinta segura e amada. Este não é um caminho fácil, mas é um desafio que quando vencido pode libertar a pessoa da depressão.

O segundo caminho, amar sem ser amado, vem de encontro aos ensinamentos do Cristo e é a receita para despertar o amor do outro. De outra forma, é sabido que o universo é regido pela lei de ação e reação e que todo o bem que se faz tende a voltar para quem o praticou. Então, as vibrações de carinho direcionadas a alguém costumam fazer muito bem a quem as enviou.

No contexto da falta de amor, é ainda importante considerar que o amor próprio e as relações afetivas da infância estão permeados por experiências do passado,

sofrendo a influência de possíveis sentimentos de culpa. Neste caso, o desamor que a criatura experimenta em relação a si pode representar um grande obstáculo à superação da depressão. Estando a culpa na base de muitos processos depressivos, faz-se necessário que, no trabalho psicoterápico, o desenvolvimento do auto-perdão e da auto-aceitação receba atenção especial, permitindo que a pessoa fique em paz consigo para poder estar em paz com a vida.

Entende-se, assim, que aprender a amar é um exercício de tolerância, respeito e aceitação para consigo e os outros.

CAPÍTULO VIII

REFLEXÕES

VERDADE OU VERDADES?

Em todos os campos do conhecimento, existem opiniões divergentes ou ao menos diferentes sobre vários assuntos. Durante muito tempo, somente as ciências exatas estavam livres desses conflitos, mas, atualmente nem elas, em especial a física e a química, escapam à necessidade de considerar os novos paradigmas apresentados pela física quântica.

Em se tratando das ciências humanas e biológicas, observa-se que as divergências são mais acentuadas. Talvez esse fato se dê pela complexidade encontrada na união "corpo, mente e alma". Nas fases iniciais da construção do conhecimento científico, esses três elementos, que compõem o todo humano, eram contemplados separadamente. O corpo era objeto exclusivo da medicina, a alma encontrava-se sob os olhares filosóficos e espiritualistas, enquanto a mente tinha sua exploração iniciada pela filosofia, seguida da medicina e posteriormente, da psicologia.

Atualmente, as neurociências têm se encarregado de contribuir com o desvendar da relação corpo/mente, iniciada pela medicina e expandida pela psicanálise, revelando os mecanismos fisiológicos das emoções. Contudo, apesar das discretas manifestações de alguns seguimentos da psicologia e da medicina, os aspectos espirituais ainda são tidos como pertencentes aos campos espiritualista, religioso e místico.

Mesmo com as inúmeras declarações feitas nos últimos 150 anos, por pesquisadores respeitados no meio científico, sobre a veracidade das manifestações espirituais, mesmo com milhares de manifestações mediúnicas existentes e com o milenar espiritualismo cultivado pelos povos

orientais, ainda assim a ciência se recusa a dar a devida atenção ao elemento espiritual.

A seu tempo, as ciências médica e psicológica muito se beneficiarão dos conhecimentos sobre a realidade espiritual. Porém, por enquanto, permanecem míopes, mergulhadas em verdades unilaterais defendidas com radicalismo em função de personalismos e interesses profissionais e econômicos.

A ciência somente se aproximará realmente da "Verdade" quando puder considerar a soma dos diversos olhares sobre este todo incrivelmente complexo que é o ser humano. Cada pessoa vê a vida de acordo com a própria perspectiva, isto é, a partir do lugar em que se encontra e, mesmo diante de verdades parciais, só enxerga aquilo que está pronta para enxergar. As lentes do olhar humano são reguladas pela personalidade, pela cultura, pelos conflitos emocionais e pelo estado de consciência alcançado por cada criatura. À medida em que se aproximar do conselho de um filósofo da antiguidade, "Conhece-te a ti mesmo", o ser humano estará mais próximo de uma verdade universal.

Vale ressaltar que, embora a abordagem espiritual associada às práticas médicas e psicológicas ainda seja pouco expressiva, importantes progressos vêm ocorrendo em função dos esforços de instituições como a Associação Médico-Espírita do Brasil, que promove eventos reunindo pesquisadores de várias partes do mundo e estimulando novas parcerias para pesquisas sobre os aspectos espirituais e sua influência nos campos da saúde física e mental. No campo psicológico, destacamos as importantes contribuições da psicologia transpessoal, divulgando a importância de uma postura menos egoísta e de maior consciência sobre si, o mundo e a realidade.

A DIFICULDADE EM LIDAR COM A RAIVA

Uma dos fatores emocionais mais observados nos casos de depressão é a dificuldade que a pessoa encontra para lidar com a própria raiva.

Inerente à condição humana, a raiva decorre das inúmeras e inevitáveis situações de frustração impostas pela vida desde o nascimento. Assim, a educação e os bons vínculos afetivos vão lentamente conduzindo a criança ao amadurecimento emocional, de forma a torná-la mais tolerante e bem adaptada.

De uma pessoa emocionalmente madura espera-se a capacidade de renunciar, substituir, aguardar, compreender e se expressar. Trata-se da possibilidade de tolerar situações indesejáveis, e de não guardar para si a raiva experimentada, podendo manifestar seu descontentamento. Tal condição começa a ser estruturada desde cedo quando o bebê, que é naturalmente intolerante às frustrações, se irrita por sentir fome, frio, dor e outras sensações desconfortáveis. Caso ele encontre, no momento da raiva, alguém que o acolha e cuide, restabelecendo uma condição de conforto, vai aprendendo que o mundo pode agüentar sua agressividade e que as dores são passageiras e suportáveis, desenvolvendo assim a capacidade de tolerar os momentos desagradáveis.

No entanto, o bebê pode vivenciar situações em que sua raiva não encontra o acolhimento necessário ou a ação do amor firme que é capaz de construir bons limites e um ego forte. Desta forma, a criança não desenvolve uma boa condição de tolerância, tendendo a comportamentos agressivos e imaturos, ficando mais propensa a desenvolver conflitos emocionais, entre eles a depressão.

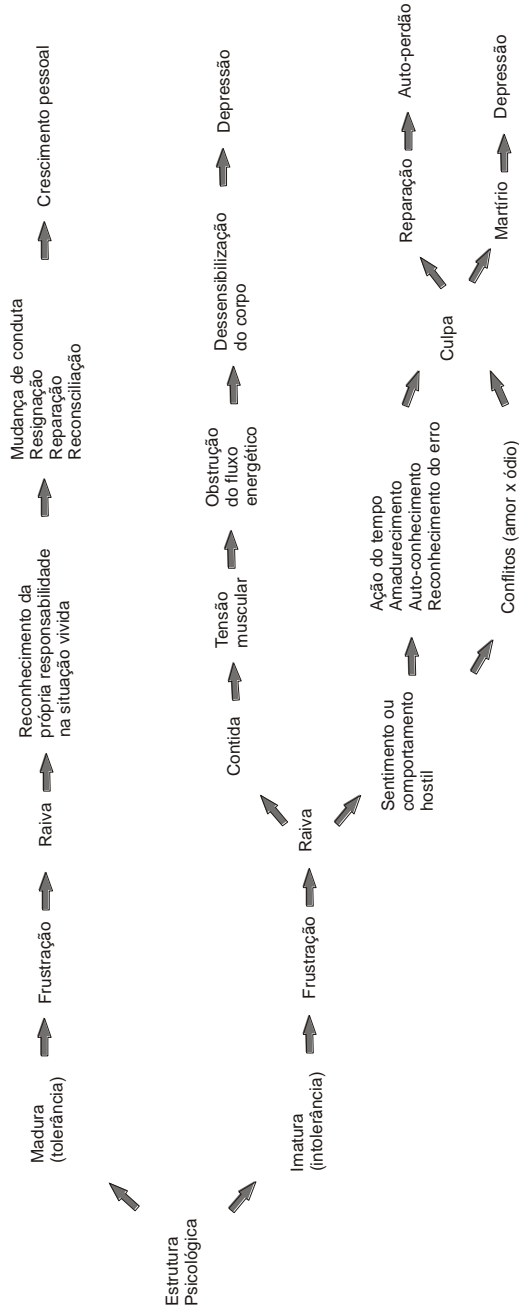
Entre as abordagens que colocam a raiva como uma das causas do transtorno depressivo, destacam-se a psicanálise, a bioenergética e as explicações espiritualistas.

Na visão psicanalítica, as perdas podem ser sucedidas pela raiva da pessoa em relação ao ente perdido, sendo que esta raiva pode se voltar contra a própria pessoa na forma de depressão.

Outra explicação da psicanálise, que liga a raiva à depressão, é o sentimento de culpa gerado pela existência de sentimentos ambivalentes, de amor e ódio, em relação a alguém ou pelo fato de não atender as expectativas de pessoas amadas. A sensação de nutrir sentimentos e/ou comportamentos de hostilidade por alguém que se ama ou de ter lhe decepcionado provoca um estado de culpa, que está carregado de raiva da pessoa contra si mesma, resultando em baixa auto-estima.

No entendimento da abordagem psico-corporal, quando a expressão da raiva é inibida, provoca-se um estado de tensão em diversos grupos musculares e a repetição desta inibição ao longo do processo de desenvolvimento infantil tende a produzir uma tensão muscular crônica que resulta em bloqueio do fluxo da energia corporal, rebaixamento da expressividade e comprometimento respiratório, desvitalizando o corpo e a mente, culminando na depressão.

No caso das explicações que possuem um foco espiritual, estas tendem a se aproximar das opiniões anteriores, apontando a raiva de si mesmo (culpa) e a raiva contida como grandes precursores dos quadros depressivos, apenas acrescentando o entendimento de que tais sentimentos podem acompanhar o "Ser" por longo tempo, transitando de uma encarnação para outra, tendo sua ação no plano inconsciente.

ESQUEMA REPRESENTATIVO DA CAUSALIDADE DA DEPRESSÃO COM BASE NA DIFICULDADE EM LIDAR COM A RAIVA

CONVIVENDO COM O DEPRIMIDO

A convivência com uma pessoa deprimida é normalmente permeada por fatores extremamente prejudiciais ao processo de recuperação. Em alguns casos, observa-se a existência de críticas por parte dos familiares, taxando o comportamento da pessoa deprimida como "preguiça" ou "falta do que fazer". Essa situação se agrava quando a intolerância e a incompreensão levam a comentários infelizes que reforçam os sentimentos negativos do enfermo: "*você sempre recua diante das dificuldades!*", "*deixe de frescura*". É compreensível que a situação do deprimido incomode as pessoas que com ele convivem, mas é preciso cuidar para que tais sentimentos não agravem o problema. É preciso buscar informações sobre a doença e a melhor forma de ajudar.

Outra situação observada é uma compaixão excessiva em relação ao doente, resultando num sentimento de pena, que faz com que a pessoa sinta-se realmente fraca e incapaz de cuidar da própria vida, ocupando uma posição de vítima e alimentando a depressão.

A irritabilidade e o isolamento do enfermo também são fatores que dificultam o acesso ao mesmo. É comum que o clima de agressividade atinja os demais e, caso não haja entendimento da situação, as relações familiares podem ficar abaladas.

Principalmente nos casos mais graves, é preciso acompanhar o cumprimento das prescrições médicas, a freqüência nas sessões de psicoterapia e a reação da pessoa ao tratamento, estando sempre atento à existência de indícios de tendência ao suicídio.

O apoio da família deve ter foco no fortalecimento da fé, da auto-estima e da auto-confiança. Nada de críticas e de

pena. É importante valorizar as manifestações de recuperação e estimular a crença na capacidade de superação do problema.

Outro ponto relevante, diz respeito ao clima emocional que se instala na casa. Freqüentemente, as pessoas mais envolvidas com o deprimido acabam manifestando oscilações em relação à esperança e ao otimismo. É como se o clima depressivo tomasse conta do ambiente. Em função disso, os familiares precisam estar atentos e cuidar da manutenção da própria auto-estima e motivação. O uso de recursos alternativos como música, dança, exercícios físicos, boas leituras, sessões de relaxamento, harmonização energética (shiatsu, acupuntura, exercícios de respiração, ...) e preces em favor da pessoa com depressão, são de grande auxílio para a manutenção das forças daquele que se propõe a ajudar.

SUICÍDIO

O suicídio, em função de suas graves conseqüências, merece atenção especial em nosso estudo. Esse termo parece ter sido usado pela primeira vez por Desfontaines, em 1737. Etimologicamente, deriva do latim “sui” (si mesmo) e “caederes” (ação de matar).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil apresenta índices de suicídio que correspondem à metade da média mundial. Enquanto no mundo 8 pessoas em 100 mil põem fim à própria vida, no Brasil esta média cai para 4, tendo Porto Alegre o maior índice (11,9). A Hungria lidera a lista dos maiores índices, apresentando suicídio de 38,6 pessoas em 100 mil, seguida do Sri Lanka (35,8), da Finlândia (29,8) e da Suíça (22,7).

Estima-se que, diariamente, mais de duas mil pessoas se matam em todo o mundo e que aproximadamente 70% dos casos têm como precedente uma fase de depressão. No ano 2000, segundo a OMS, foram registrados mais de um milhão de casos em todo o mundo.

As mulheres tentam suicídio quatro vezes mais que os homens, mas eles se matam três vezes mais do que elas. Isso se deve à agressividade dos meios usados pelos homens.

FATORES CAUSAIS OU FAVORECEDORES

- Situação de extrema aflição
- Crise psicótica (com delírios e/ou alucinações)
- Ociosidade
- Depressão
- Doenças incuráveis
- Transtorno de personalidade borderline
- Achar que a morte é o fim do sofrimento
- Desconhecimento da realidade espiritual
- Falta de fé e esperança
- Processos de obsessão espiritual
- Culpa perturbadora

INDICADORES DE RISCO

- Tentativas anteriores de suicídio
- Verbalização de idéias de auto-extermínio
- Disponibilidade de meios para se matar (armas, veneno, ...)
- Preparação de testamento
- Luto mal elaborado em relação a perdas significativas
- Histórico de suicídio na família
- Visão pessimista da vida
- Isolamento
- Perturbações mentais

COMO PROCEDER NO CASO DE RISCO IMINENTE

- Estimular a pessoa a falar sobre sua intenção
- Procurar avaliação psiquiátrica
- Considerar a necessidade de internação

CONSEQÜÊNCIAS PARA OS QUE FICAM

- *Culpa*: Sentem-se como se tivessem falhado e que podiam ter evitado o ato. Pode também existir culpa considerando-se os conflitos familiares existentes.

- *Raiva*: Os familiares podem sentir raiva daquele que se matou. Tal situação pode surgir como reação inconsciente ao desejo do suicida de agredir sua família com seu ato ou quando existia uma relação de dependência com aquele que se foi.

- *Desespero*: O ato suicida é sempre impactante para os familiares. Dependendo das relações interpessoais estabelecidas, pode causar perturbações emocionais permeadas pelo medo de não suportar a ausência, por raiva, culpa, pesar e angústia.

- *Tristeza*: É sempre importante para aqueles que ficam, buscar recursos que favoreçam o processo de adaptação e a continuação da vida. Esses recursos podem ser o apoio de amigos, falar sobre a situação ou mesmo a busca de apoio médico e psicológico.

CONSEQÜÊNCIAS PARA O SUICIDA

Ao contrário do que pensam aqueles que acreditam que a morte é o fim de tudo, ela não alivia o sofrimento. Sendo o espírito imortal, sua jornada evolutiva continua, mas

agora acrescida do ônus desse ato que vai contra as leis que regem a vida.

As conseqüências vividas por aquele que interrompe sua existência física não seguem um padrão determinista, sendo influenciadas por atenuantes ou agravantes de acordo com o estado de consciência da pessoa e sua conduta moral.

Informações fornecidas por autores espirituais através da psicografia e relatos observados em trabalhos mediúnicas revelam que:

- Todos os suicidas que se comunicam após o desencarne relatam o desapontamento em relação à nova situação em que se encontram e o arrependimento pelo momento de insanidade.

- Na maioria dos casos, há a continuação do vínculo entre o corpo e o espírito, permanecendo este durante muito tempo preso às sensações corpóreas.

- Pode acontecer que o espírito sinta por prolongado tempo as sensações do ato suicida (dores, sangramento, comprometimento dos órgãos dos sentidos, ...), devido ao fato de ter lesado o perispírito (corpo espiritual).

- A condição íntima do suicida pode fazer com que o desejo de fugir aos compromissos assumidos no plano espiritual se manifeste em existências posteriores, mediante situações de dificuldade e depressão. Essa possibilidade põe à prova novamente a perseverança e a fé em Deus.

- A existência seguinte costuma ser mais penosa do que aquela da qual desertou, em função do acúmulo de débitos para com a vida e a própria evolução.

- Apesar de as conseqüências serem variáveis de um caso para outro, informações psicografadas revelam que, em razão do comprometimento espiritual, a reencarnação seguinte pode vir marcada por problemas físicos e mentais. É preciso compreender que não se trata de castigos de Deus, mas sim, de conseqüências naturais do inevitável traumatismo perispiritual e mental que se reflete no processo reencarnatório.

- Sendo o pensamento energia em trânsito, o sofrimento dos que ficaram pode perturbar ainda mais aquele que se foi, atingindo-lhe a mente. Mais ponderado é os que ficam façam preces em favor da pessoa que se matou e busquem a cada dia se reequilibrar.

PREVENÇÃO CONTRA O SUICÍDIO

- Evitar o isolamento nos momentos de dificuldade.
- Calma, resignação e fé no futuro.
- Acreditar que sempre haverá um novo dia, que tudo passará.
- Conversar sobre os problemas que está enfrentando.
- Não ter armas ao alcance.
- Ter alguém acompanhando o uso de medicamentos.
- Conhecer, ler, aprender sobre a realidade espiritual.
- Trabalho no bem.
- Religiosidade.
- Recorrer a centrais telefônicas de socorro como o CVV (Centro de Valorização da Vida) e instituições religiosas.
- Buscar apoio médico e/ou psicológico.

A IMPORTÂNCIA DO ESFORÇO PESSOAL

A alteração do campo mental do deprimido, no sentido da saúde, pode ser favorecida por medicamentos, psicoterapias, atividades físicas, harmonização do fluxo energético, situações em que se sinta reconhecido, entre outras. No entanto, há um elemento no processo de recuperação que depende exclusivamente do doente: seu esforço pessoal, ou seja, sua atitude em busca da própria melhora.

Inúmeros são os recursos disponíveis e as oportunidades de se adotar uma nova postura diante da vida, mas é preciso vencer o desânimo e os pensamentos negativos, para que se facilite a busca e o êxito dos tratamentos.

Em função do estado de descrença experimentado na depressão, é comum que parentes e amigos desejem a melhora do deprimido mais do que ele mesmo a deseja. Porém, incentivá-lo a prosseguir caminhando e se fortalecendo é mais produtivo do que carregá-lo indefinidamente, como se fosse realmente incapaz de superar a crise. Não é possível tornar-se melhor pela vontade e iniciativa do outro. Cada pessoa precisa encontrar, dentro de si, razões para viver e ser feliz.

Observa-se que quando alguém deseja, em seu íntimo, superar um problema, acaba conseguindo com ou sem ajuda externa. Ao contrário, se existe o desejo de permanecer doentiamente vinculado ao sofrimento, todo esforço alheio torna-se ineficaz. Por exemplo, no caso de pessoas emocionalmente dependentes, pode ocorrer que o deprimido tenha um ganho com a manutenção do transtorno, atendendo sua necessidade de ser visto e cuidado. Enquanto ele acreditar que permanecer doente é mais lucrativo do que crescer, dificilmente fará algum esforço em favor dos tratamentos.

Outra situação, ainda mais preocupante, é observada quando o pessimismo e a falta de fé tomam conta da pessoa, provocando uma acentuada desvitalização do corpo e da mente, estando freqüentemente agravada por obsessões espirituais. Esse quadro exige grande dedicação dos familiares e dos profissionais envolvidos, sendo muitas vezes necessária a presença constante de alguém que estimule o prosseguimento das atividades terapêuticas, até que haja melhora do estado mental do enfermo e o desejo de lutar contra a depressão e a favor da vida e da auto-superação.

Um valioso recurso para combater estados de desânimo e embotamento afetivo é o uso de exercícios para expansão da respiração e correção postural, além daqueles que envolvem agitação motora (pular, correr, ...), favorecendo a elevação de energia necessária para o movimento pessoal de busca de ajuda profissional. De forma semelhante, a prática de algum esporte pode, também, funcionar como forte aliado na superação da inércia.

Talvez, o maior desafio do deprimido seja continuar caminhando mesmo sem enxergar a possibilidade de melhora e sem acreditar que a vida será sentida de maneira diferente num outro estado emocional.

O "SER" E O "TER"

A auto-estima de uma pessoa pode ser sustentada pelo reconhecimento de seus atributos internos (honestidade, companheirismo, confiabilidade, respeito, inteligência, bom senso, ...) ou externos (beleza física, posses, cargos, status, sobrenome, ...). As características internas são inerentes ao espírito e compõem o SER. São estáveis e quando são

reconhecidas formam uma base sólida para a auto-estima. Por outro lado, as características exteriores são atributos temporários, são fugazes e fazem parte do TER, que sustenta a ilusão de possuir o amor e a admiração das pessoas.

A valorização do SER ou do TER pode ser influenciada pela bagagem acumulada pelo espírito reencarnante ao longo de suas existências ou também, ser estimulada nesta vida, ainda na infância, quando a criança recebe elogios que vão lhe fazendo sentir-se amada, admirada e importante. Mas acontece que, às vezes, os elogios são dirigidos à casa, ao carro, aos brinquedos, às roupas e assim, a criança deixa de desenvolver um referencial interno, não percebendo que é amada pelo simples fato de existir e encher de alegria a vida de seus familiares. Tem início a construção de uma estrutura emocional frágil e vulnerável, permeada pela necessidade de manter seus "admiráveis" acessórios externos e pela insegurança que ronda a pessoa sempre que alguma situação ameaça-lhe a posição.

Uma outra situação bastante freqüente que leva à exaltação do TER é a existência de uma baixa auto-estima desde cedo, em decorrência de rejeição, maus tratos, indiferença, entre outros contextos que fazem com que a criança sinta-se sem valor e pouco amada. Bem, uma pessoa aprende a se amar a partir do amor que é sinceramente dirigido a ela. Quando essa referência é negativa, existe o comprometimento da auto-estima, levando a diversas situações conflitivas. Entre elas, estão a arrogância, a postura de superioridade e a idéia de auto-suficiência, em resposta ao sentimento de inferioridade. Pode também haver a necessidade de provar aos outros, constantemente, o valor que se tem. Ora, quem É, não sente que precisa provar, simplesmente É.

Existe ainda, como reação a uma baixa valorização de si, o uso de recursos externos, como carros, cargos, imóveis, equipamentos de última geração, entre outros, que podem fazer com que seja vista e se sinta alguém. Nos casos em que a auto-estima é sustentada por elementos externos, é comum que ao perder o objeto ou a situação de apoio, a pessoa se afaste do convívio social, sentindo-se abandonada. A sensação de estar vazia de qualidades faz reviver toda a carência afetiva e normalmente culmina na depressão.

Fica evidente o quanto é importante cuidar da infância, prevenindo o transtorno depressivo. Porém, o que fazer quando alguém já passou boa parte da vida sem a percepção íntima de suas qualidades? O que fazer quando se olha para dentro e só se reconhece uma enorme camada de raiva e ressentimento cobrindo qualquer manifestação de gratidão por aqueles que nos permitiram a vida? É preciso compreender que aqueles a quem amamos e de quem esperamos carinho e reconhecimento, não são seres perfeitos e que, como qualquer ser humano, são o melhor que conseguem ser. É preciso deixar de lado a postura egocêntrica e ressentida e reconhecer que todas as pessoas são especiais em sua individualidade, que todas fazem falta na vida de alguém e que são merecedoras de carinho, respeito e atenção.

Sempre é tempo para abrir os olhos, expandir a consciência e sentir-se co-criador da vida. Sempre é tempo de olhar internamente e dizer à criança que existe dentro de cada Ser, o quanto ela é amada. Dessa forma, aos poucos, é possível SER.

CUIDANDO DA INFÂNCIA

Observa-se que muitos fatores envolvidos na causalidade da depressão têm suas bases na infância.

A construção da auto-estima, da forma de se relacionar, da visão de mundo, enfim, da personalidade, se dá desde muito cedo na relação entre a criança e as pessoas que se ocupam de seus cuidados. Com base em teorias da personalidade, acredita-se que o período compreendido entre 0 e 7 anos de idade seja de grande influência na estruturação de padrões de comportamento que acompanharão a pessoa ao longo da vida. Assim, faz-se necessário que aqueles que se dedicam aos cuidados da infância, seja no ambiente familiar ou educacional, preocupem-se com o tipo de vínculo afetivo que está sendo construído.

A criança aprende sobre ela e sobre a vida através de informações que capta de outras pessoas e que processa em suas vivências afetivas e cognitivas. Partindo do que falam sobre ela e de simples reações à sua presença, a criança vai descobrindo quem ela é, isto é, vai construindo uma imagem de si mesma. Diz-se que os adultos funcionam como espelhos para a criança.

Muitas crianças crescem escutando que são *burras*, *incapazes*, *incompetentes*, *teimosas*, *chatas*, *inconvenientes* e *um peso na vida das pessoas*, ou que são *inteligentes*, *perseverantes*, *criativas*, *agradáveis*, *capazes*, *indispensáveis* e *amadas*. Sejam as informações incorporadas positivas ou negativas, a criança tende a agir de acordo com a imagem que forma de si. Essas impressões ajudam a compor a identidade da pessoa e tornam-se de difícil mudança na vida adulta.

Outro ponto importante na construção da identidade são os modelos introjetados na convivência com os adultos.

No decorrer do desenvolvimento, a criança vai internalizando padrões de comportamento, espelhando-se nas pessoas que a cercam. Entre os modelos de identificação, que podem futuramente servir de base para a depressão, estão o perfeccionismo e a intolerância, revelando um alto nível de crítica e exigência, o pessimismo, o sentimento de inferioridade, a submissão, a dificuldade de expressar a raiva, a auto-depreciação e a postura ilusória e arrogante de auto-suficiência.

O jeito como uma criança é tratada também exerce influência na construção de sua auto-estima, sendo esta o sentimento que uma pessoa tem de ser amada, útil, aceita, de ter algo de bom em si para oferecer ou não. Trata-se do valor que a pessoa se atribui, do quanto ela se ama e se aceita. Por exemplo, percebe-se que as crianças se esforçam para agradar sempre os pais e não decepcioná-los, tentando preservar a atenção e o carinho deles. Essa situação auxilia o desenvolvimento infantil, mas pode ser um problema quando o nível de intolerância e exigência dos adultos é elevado, esperando da criança comportamentos destoantes daqueles esperados em sua faixa etária. Tal exigência é observada em pequenas situações no dia-a-dia como não colorir fora dos contornos do desenho, fazer uma letra bonita, não derramar suco na mesa, não se sujar, entre outras que vêm sempre acompanhadas de comentários infelizes do tipo: *"Não é possível, você não aprende nunca?!"*; *"Quantas vezes tenho que te explicar a mesma coisa?!"*; *"Eu não esperava esse comportamento de você!"*. Quando isso ocorre, sentimentos de culpa, inadequação, incapacidade, rejeição e fracasso tomam conta da criança, comprometendo sua auto-imgem e sua auto-estima. Assim, vai se tornando cada vez mais intolerante consigo mesma e com os outros e, ao longo da

vida, sua postura rígida e perfeccionista lhe trará perturbações em forma de culpa e, conseqüentemente, depressão.

Para se ter adultos com uma boa auto-estima, é preciso mostrar às crianças o valor que elas têm. E não basta amar, é necessário que a criança se sinta amada. Por isso, é importante demonstrar o amor, falar desse amor, abraçar, fazer carinho, ressaltar suas qualidades internas e ser paciente com seu processo de aprendizagem, uma vez que todo ser humano é aprendiz do viver.

No contexto da educação infantil, é comum observar pais e educadores que se sentem desmotivados, frustrados e confusos por não conseguirem colocar em prática as dicas que muitos autores oferecem em relação à postura educativa a ser adotada em determinada situação. É necessário compreender que, ao acompanhar o desenvolvimento dos filhos, os pais revivem o próprio crescimento e os conflitos experimentados durante a infância. Por exemplo, uma pessoa educada de forma repressora, provavelmente encontrará dificuldades para lidar com as “birras” e a raiva de seus filhos, agindo agressiva

e impulsivamente. O resultado disso é a culpa, principalmente quando se tem consciência dos excessos, das conseqüências destes e conhecimento de formas mais educativas de se agir. Essa situação faz pensar que só será possível cuidar melhor das crianças à medida que os adultos puderem cuidar melhor de si mesmos, resgatando a própria auto-estima e encontrando o equilíbrio de suas emoções.

É bom lembrar que corrigir com tolerância e ser firme com respeito, também são formas de dizer aos filhos o quanto eles são amados, pois o limite posto com carinho e clareza, proporciona para a criança a sensação de segurança, de estar protegida e de ter parâmetros, resultando numa melhor estrutura emocional.

FELICIDADE

Quando se aborda o tema *felicidade*, cabem algumas perguntas: O que é ser feliz? O que sustenta este estado d'alma que encanta e contagia? Antes de buscar respostas a tais questionamentos, é preciso distinguir felicidade de um estado de alegria que tende à euforia.

Dentre as diversas situações que o ser humano experimenta ao longo da vida, existem aquelas nas quais se observa uma explosão de sentimentos, envolvendo expressão corporal exagerada e reações fisiológicas que num curto espaço de tempo (minutos, horas ou dias) vão dando lugar a um estado mais calmo e rotineiro. Como exemplo, é possível citar a reação de alguém diante do resultado positivo de um concurso ou sorteio, assim como na vitória do time favorito. Trata-se de um estado de excitação que tem como característica a transitoriedade.

Já a felicidade, apesar dos momentos de tristeza, inevitáveis na trajetória de qualquer pessoa, tende a ser um sentimento mais estável e duradouro, uma conquista espiritual. Muitos buscam ilusoriamente alcançar esse sentimento no sucesso financeiro, na ausência de dificuldades ou numa vida marcada pela busca desenfreada de prazer. Normalmente, frustram-se ao perceberem a vulnerabilidade de sua vida "feliz".

Numa análise mais cuidadosa, percebe-se que a felicidade é um estado de espírito que tem como base a capacidade de dar e receber amor. Estar feliz é estar de bem com a vida e quem se encontra nessa situação experimenta a sensação de amar a tudo e a todos. Essa condição de amar tem início quando, nos sentimos amados e aceitos por alguém. Trata-se de uma construção que começa normalmente na infância e ajuda a compor a identidade e, conseqüentemente, a auto-estima. Quando o Ser se sente amado, aprende a se amar e essa condição é fundamental para se conseguir amar a vida. Este é o caminho natural da felicidade: ser amado, amar-se e amar.

No entanto, cabe aqui a pergunta: O que ocorre quando falta a alguém o sentimento de ser amado? Como é possível ser feliz? O segredo está em começar do final, isto é, vencer o egoísmo e a mágoa por não ter sido amado como gostaria e ir de encontro ao outro, doar-se. O ato de se doar-se envolve uma salutar troca energética e nutre o sentimento de ser útil, importante. Essa boa energia dirigida a outra pessoa costuma trazer boas vibrações, ou seja, bons sentimentos. E assim, começando do fim, é possível preencher-se com o melhor dos sentimentos, o amor, base da felicidade.

DICAS DE PREVENÇÃO

Durante o tratamento da depressão ou de forma preventiva, é importante que a pessoa busque agir de maneira a preservar o bom ânimo, o otimismo e uma boa auto-estima. É imprescindível reconhecer que cada pessoa é responsável por suas alegrias e tristezas e que a vida pode ser linda ou horrível, dependendo dos olhos que a vêem.

Não há crescimento sem esforço pessoal. Sendo assim, algumas dicas são válidas para que se evite o transtorno depressivo ou para que a pessoa se recupere mais rapidamente e com menor risco de recorrência:

- Faça alguma atividade física.
- Faça exercícios de respiração.
- Alimente-se adequadamente.
- Procure fazer amigos.
- Leia bons livros.
- Busque uma religião.
- Conte piadas. Dê boas gargalhadas.
- Planeje seu dia.
- Evite as drogas lícitas e ilícitas.
- Procure SER mais do que TER.
- Trabalhe como voluntário. Doe-se.
- Sorria, deseje “bom dia”, seja agradável.
- Seja mais tolerante com você. Perdoe-se.
- Viva um dia de cada vez. Evite a ansiedade.
- Busque formas saudáveis de obter prazer.
- Estabeleça objetivos a curto prazo em sua vida.
- Use técnicas de relaxamento para combater o estresse.
- Dê preferência a ambientes bem arejados e iluminados.

- Faça caminhadas apressadas com a cabeça erguida e o olhar focado no horizonte, mentalizando um objetivo a alcançar.
- Cuide bem de suas atitudes para que as pessoas lhe enviem boas vibrações.
- Observe o que há em você e que lhe faz uma pessoa única e especial.
- Procure melhorar-se intimamente e rever sua postura diante da vida, através do autoconhecimento.
- Experimente o contato com a Natureza.
- Além do corpo, alimente diariamente a sua alma.
- Livre-se dos ressentimentos. Alimente bons sentimentos.
- Fale sobre a sua raiva para que ela não se volte contra você.
- Evite queixar-se da vida. Problemas são oportunidades de crescimento pessoal.
- Não se compare com os outros, compare-se com você mesmo em tempos passados.
- Cuide do seu pensamento. Você sente o que pensa.
- Ponha cores vibrantes em sua vida.
- Cante e dance. Liberte-se.
- AME e AME-SE !!!

ALEGRIA DE VIVER

Sol que ilumina, Deus que anima
O sentido do existir
Ser vista é o que de fato ensina
Uma pessoa a gostar de si

Os olhos da criança
Que aprende a se aceitar
Se enchem de esperança
Ganha força o caminhar

Num gesto de gratidão
E intensa felicidade
Irradia o coração
A luz da fraternidade

O dia que chega é bem-vindo
Com música, cor e esplendor
E apesar de cada espinho
Triunfa o perfume da flor

Mas se o colo que encontrastes
Trazia nos olhos a dor
Encontrarás resgate
Num abraço reparador

Supera a tua clausura
Levanta, trabalha e anda
Pois não existe noite escura
Que resista à menor chama

Sorria, abrace e sinta
No crescer do teu labor
Que a vida só é VIDA
Se amparada pelo AMOR.

(Wagner Luiz)

BIBLIOGRAFIA

- AJURIAGUERRA, J. *Manual de psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Ed. Masson do Brasil, 1980.
- ALBUQUERQUE, A.; FRANCO, D.P.; PAULO, J.R.; DUTRA, L.M.P.; RAMOS, M.A.L.; MOREIRA, O.H.; SOUZA, R.L.V. *Das patologias aos transtornos espirituais* / Associação Médico Espírita de Minas Gerais. Belo Horizonte: Ed. INEDE, 2008.
- ALDROVANDI, E. *Seja Feliz: diga não à depressão*. Capivari:Ed. EME, 2006.
- ANDREA, J. *Psicologia espírita*. (vol. 1) Rio de Janeiro: Ed. Societo Lorenz, 1994.
- BACKER, M.W. *Jesus, o maior psicólogo que já existiu*. Rio de Janeiro: Ed. Sextante, 2005.
- BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F.; EMERY, G. *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Ed. Artmed, 1997.
- BOCK, A.M.B.; FURTADO, O. & TEIXEIRA, M.L. *Psicologias*. São Paulo: Ed. Saraiva, 1995.
- BORGES, A.M.S. *Doutrina Espírita no tempo e no espaço: 800 verbetes especializados*. São Paulo: Ed. Panorama, 2000.
- BRIGGS, D.C. *A auto-estima do seu filho*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2002.
- BOFMAN, G. Grupo com deprimidos. In: *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Ed. Artmed, 1997.
- BUCHSBAUM, P. *Frases geniais que você gostaria de ter dito*. Rio de Janeiro: Ed. Ediouro, 2004.
- CAJAZEIRAS, F. *Depressão: doença da alma - as causas espirituais da depressão*. Capivari: Ed. EME, 2008.

- CERQUEIRA FILHO, A. *Cura espiritual da depressão*. Santo André: Ed. ebm, 2007.
- CHAVES, J. *A compreensão da pessoa: psicologia da personalidade*. São Paulo: Ed. Agora, 1992.
- CLARO, I. *Depressão: causas, conseqüências e tratamento*. Matão: Ed. O Clarim, 2005.
- *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Coord. Organização Mundial de Saúde. Porto Alegre: Ed. Artmed, 1993.
- CUNHA, C. *O que devemos saber sobre cromoterapia*. São Paulo: Ed. Zohar, 1992.
- DSM-IV. *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. American Psychiatric Association. Lisboa: Ed. Climepsi, 1994.
- DUNCAN, A. *O caminho das pedras*. Rio de Janeiro: Ed. Nova Era, 2005.
- FELICIANO, A. & CAMPADELLO, P. *Reflexologia energética*. São Paulo: Ed. Madras, 1999.
- FIORAVANTI, C. *Causas espirituais da depressão*. São Paulo: Ed. Pensamento, 1995.
- FRANCO, D.P. (espírito Joanna de Ângelis) *Adolescência e vida*. Salvador: Ed. LEAL, 1998.
- ____ *Amor, imbatível amor*. Salvador: Ed. LEAL, 2000.
- ____ *Após a tempestade*. Salvador: Ed. LEAL, 1991.
- ____ *Autodescobrimento: uma busca interior*. Salvador: Ed. LEAL, 2000.
- ____ *Conflitos existenciais*. Salvador: Ed. LEAL, 2006.
- ____ *Jesus e o Evangelho: à luz da psicologia profunda*. Salvador: Ed. LEAL, 2000.
- ____ *Iluminação Interior*. Salvador: Ed. LEAL, 2006
- ____ *Triunfo Pessoal*. Salvador: Ed. LEAL, 2002.

- FRANCO, D. (diversos espíritos) *Aspectos psiquiátricos e espirituais nos transtornos emocionais*. Salvador: Ed. LEAL, 2003.
- FREUD, S. Luto e Melancolia. In: *Obras completas* (vol. XIV). Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1969.
- ____ Os chistes e sua relação com o inconsciente. In: *Obras completas* (vol. VIII). Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1969.
- FRIEDMAN, H.S.; SCHUSTACK, M.W. *Teorias da personalidade*. São Paulo: Ed. Pearson, 2004.
- GILLANDERS, A. *Reflexologia para mulherers*. São Paulo: Ed. Pensamento, 2006.
- HOLDEN, R. *Rir ainda é o melhor remédio*. São Paulo: Ed. Butterfly, 2005.
- HOLMES, S.D. *Psicologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2001.
- KARDEC, A. *O Evangelho Segundo o Espiritismo*. Araras: Ed. IDE, 1994.
- ____ *O Livro dos Espíritos*. Brasília: Ed. FEB, 1997.
- ____ *O Livro dos Médiuns*. São Paulo: Ed. IDE, 1994.
- KINGSTON, K. *Arrume a sua bagunça com o feng shui e transforme radicalmente a sua vida*. São Paulo; Ed. Pensamento, 2004.
- KÜHL, E. *Tóxicos: duas viagens*. Belo Horizonte: Ed. Fonte viva, 1995.
- LAMBERT, K. & KINSLEY, C.H. *Neurociência clínica: as bases neurobiológicas da saúde mental*. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2006.
- LANDOLI Jr., D. *Fisiologia Transdimensional*. São Paulo: Ed. FE, 2004.
- LEADBEATER, C.W. *Os chakras*. São Paulo: Ed. Pensamento, 1995.

- LICINIO, J. et al. *Biologia da depressão*. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2007.
- LISSO, W. *Vencendo a depressão*. São Paulo: Ed. ebm, 2009.
- LOWEN, A. *O corpo em depressão*. São Paulo: Ed. Summus, 1980.
- ____ *Alegria: a entrega ao corpo e à vida*. São Paulo: Ed. Summus, 1997.
- LOWEN, A. & LOWEN, L. *Exercícios de bioenergética:o caminho para uma saúde vibrante*. São Paulo: Ed. Ágora, 1985.
- MAYO foundation for medical education and research. *Depressão: pesquisada e comentada pela clínica Mayo*. Rio de Janeiro: Ed. Anima, 2004.
- MELO, J. *A cura da depressão pelo magnetismo*. Fortaleza: Ed. Premius, 2006.
- ____ *O passe: seu estudo, suas técnicas e sua prática.* Rio de Janeiro: Ed. FEB, 1992.
- NEMIAH, J.C. *Fundamentos da psicopatologia*. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1981.
- NOBRE, M. Depressão à luz do paradigma médico-espírita. In: *Depressão: abordagem médico-espírita*. São Paulo: Ed. AME-Brasil, 2005.
- OLIVEIRA, C.A.K.; AVELAR, J.;OLIVEIRA, W.S.; LEMOS, W.L. *Depressão e mediunidade*. Belo Horizonte: Ed. Itapuã, 2004.
- OLIVEIRA, W.S. (espírito Ermance Dufaux) *Reforma íntima sem martírio*. Belo Horizonte: Ed. INEDE, 2004.
- ____ *Prazer de viver.* Belo Horizonte: Ed. DUFAUX, 2008.

- ____*Mereça ser feliz.* Belo Horizonte: Ed. DUFAUX, 2008.
- ____*Escutando sentimentos.* Belo Horizonte: Ed. DUFAUX, 2007.
- PALHANO JR., L. *Dicionário de filosofia espírita*. Rio de Janeiro: Ed. Celd, 2000.
- PAULO, J.R.; MOREIRA, O.H. & SOUZA, R.L.V. *Depressão: abordagem médico-espírita*. São Paulo: Ed. AME-Brasil, 2005.
- PEREIRA, Y.A. (espírito Camilo Cândido Botelho) *Memórias de um suicida*. Rio de Janeiro: Ed. FEB, 1955.
- PÓVOA, H.; CALEGARO, J. & AYER, L. *Nutrição cerebral*. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva, 2005.
- REQUENA, Y. *Acupuntura e psicologia*. São Paulo: Ed. Andrei, 1990.
- ROSA, M. *Psicologia Evolutiva (Vol IV): psicologia da idade adulta.* Petrópolis: Ed. Vozes, 1996.
- SANTO NETO, F.E. (espírito Hammed) *As dores da alma*. Catanduva: Ed. Boa Nova, 1998.
- ____ *Os prazeres da alma*. Catanduva: Ed. Boa Nova, 2006.
- ____ *Renovando Atitudes*. Catanduva: Ed. Boa Nova, 2004.
- SOUZA, J.M.M. (org.) (espírito Joanna de Ângelis / psicografia de Divaldo Pereira Franco) *Joanna de Ângelis responde*. Salvador: Ed. LEAL, 2004.
- SPETHMANN, C.N. *Medicina alternativa de A a Z*. São Paulo: Ed. Editae, 2000.
- THASE, M.E.; LANG, S.S. *Sair da depressão*. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 2005.

- TORTORA, G.J. *Corpo humano: fundamentos de anatomia e fisiologia*. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2000.
- TEPEDINO, S.V.K. *Equilibre suas emoções com os florais do dr. Bach*. São Paulo: Ed. Madras, 2006.
- TOLMAN, A. *Depressão em adultos*. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2009.
- VALCAPELLI. *Cromoterapia: a cor e você*. São Paulo: Ed. Roca, 2005.
- XAVIER, F.C. ; Vieira, W. (espírito André Luiz) *Evolução em dois mundos*. Rio de Janeiro: Ed. FEB, 1997.
- XAVIER, F.C. (espírito Emmanuel) *Pensamento e vida*. Rio de Janeiro: Ed. FEB, 1975.
- WEIL, P. & TOMPAKOW, R. *O corpo fala*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1980.
- WEISS, B. *A cura através da terapia de vidas passadas*. Rio de Janeiro: Ed. Sextante, 2007.
- YAMAMURA, Y. *Acupuntura tradicional: a arte de inserir*. São Paulo: Ed.Roca, 1998.
- ZIMERMAN, D.E. *Fundamentos básicos das grupoterapias*. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2000.
- ____ *Fundamentos psicanalíticos*. Porto Alegre: Ed. Artmed, 1999.
- ZIMERMAN, D.E. & OSORIO, L.C. (et. al) *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Ed. Artmed, 1997.

WEBGRAFIA

- ALBUQUERQUE, M.L. *O que é PNL?* In: www.mlalbuquerque.com
- BALLONE, G.J. *Aspectos Cerebrais da dependência*. In: www.virtualpsy.locaweb.com.br
- ____*Crianças adotadas e de orfanato*. In: www.psiqweb.med.br
- ____ *Depressão*. In: www.psiqweb.med.br
- ____*Depressão; dados sobre o problema são alarmantes*. In: www.gballone.sites.uol.com.br
- ____*Depressão no idoso*. In: www.psiqweb.med.br
- ____*Transtornos depressivos*. In: www.psiqweb.med.br
- BERNARDO, C.T. *Desgosto pela vida provoca suicídio*. In: www.espirito.com.br
- *Biografia de Chico Xavier*. In: www.chicoxavieruberaba.com.br
- *Biografia de Divaldo Pereira Franco*. In: www.divaldofranco.com
- BITTELBRUNN, C.M.I. *Depressão infantil*. In: www.psique.org
- BORGES, S. *O que é feng-shui*. In: www.sandraborges.com
- BRANDALISE, M.H. *Você descobriu o sentido de sua vida?* In: www.psicologoterapia.psc.br
- CASTELÕES, L. *Brasileiros são mais dependentes em álcool, tabaco e maconha*. In: www.comciencia.br
- CEZIMBRA, M. *Depressão infantil*. In: www.alertamedico.med.br
- CORREA, O. *Musicoterapia*. In: www.artespirita.vilabol.uol.com.br

- DEL-PORTO, J.A. & DEL-PORTO, K.O. *História da caracterização nosológica do transtorno bipolar*. In: www.hcnet.usp.br
- DIAS, V. *Identificação de fatores de risco pode evitar depressão pós-parto*. In: www.usp.br
- DONICE, M.G. *A análise bioenergética*. In: www.saudevidaonline.com.br
- FARIA, A.L. *Entrega*. In: www.srosset.com.br
- FEB Federação Espírita Brasileira. In: febnet.org.br
- GUIMARÃES, C. A. F. *A física moderna*. In: www.geocities.com/carlos.guimaraes
- ____ *A psicologia transpessoal*. In: www.geocities.com/carlos.guimaraes
- LAMBERT. E. *Rir é o melhor remédio*. In: www2.uol.com.br/vyaestelar
- LIEWELLYN, R. *O poder oculto da música*. In: www.musicaeadoracao.com.br
- LIMA, J.A.M. *Depressão do amor ou amor da depressão*. In: www.olhosalma.com.br
- MACHADO, J.B.S.C. *Desenvolvimento das relações humanas*. In: jbcalazans.sites.uol.com.br
- MASCI, C. *Homeopatia e homeoterapia*. In: www.masci.com.br
- MEIRELLES, S. *As causas da depressão*. In: www.institutoviraser.com.br
- NATIVIDADE, M. *A depressão do presente pode apontar doenças graves no futuro*. In: www.bayoubrasil.com
- PELTIER, M. *A cura através da análise transacional*. In: marciapeltier.ig.com.br
- PORCU et. al. *Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade*. In: www.ppg.uem.br

- PRIETO, D. & TAVARES, M. *Transtornos mentais associados ao suicídio e à tentativa de suicídio*. Disponível In: www.ipub.ufrj.br
- SADER, M. *Transformação quântica do pensamento*. In: www.moacirsader.com
- SANTOS, D.C. & BARETTA, I.P. *Aromaterapia no tratamento da depressão*. In: www.psicopedagogia.com.br
- SANTOS, M.S. *Seu corpo é sua casa*. In: www.jperegrino.com.br
- SANTOS, O.M.G. *Bioenergética*. In: www.srosset.com.br
- VEIGA NETO, A.R. *Análise transacional*. In: www.veiga.net
- VICINI, G. *Velhos e deprimidos – ainda dá pra sorrir?* In: www.portaldoenvelhecimento.net
- VIKTOR FRANKL. *Biografia*. In: www.logoterapiaonline.com.br
- WIEL, P. *O que é psicologia transpessoal*. In: www.plenitude.com.br
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. In: www.who.int